



Департамент здравоохранения Вологодской области
Вологодский научно - координационный Центр ЦЭМИ РАН

ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ



Вологда
2003

.....
местный обязательный экземпляр

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ
ВОЛОГОДСКИЙ НАУЧНО-КООРДИНАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ЦЭМИ РАН

**ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКОГО
ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ**

Вологда
2003

ББК 561 (561)
-P94 П 78

Публикуется по решению
Ученого совета
ВНКЦ ЦЭМИ РАН

Гулин К.А., Фалалеева О.И., Ослопова Ю.Е. Проблемы психического здоровья населения. – Вологда: Вологодский научно-координационный центр ЦЭМИ РАН, 2003. – 71 с.

Научные редакторы

доктор экономических наук, профессор

В.А. Ильин

начальник департамента здравоохранения Вологодской области

А.А. Коляинко

*Издание подготовлено при финансовой поддержке
Российского фонда фундаментальных исследований, проект № 02-06-80397*

В книге рассматриваются актуальные вопросы формирования социально-психологического климата в Вологодской области, а также проблемы охраны общественного психического здоровья, повышения эффективности управления в этой сфере.

В основу работы положены материалы исследований социально-психологического климата и психического здоровья населения региона, проведенных ВНКЦ ЦЭМИ РАН совместно с департаментом здравоохранения региона в 2000 – 2002 гг.

Предназначена для научных работников и практиков (управленцев, экономистов, специалистов здравоохранения, образования, социальной работы), занимающихся охраной и укреплением общественного здоровья, и всех интересующихся социальными аспектами регионального развития.

ISBN 5-93299-036-8

© Гулин К.А., Фалалеева О.И., Ослопова Ю.Е., 2003
© Вологодский научно-координационный центр
ЦЭМИ РАН, 2003

СОДЕРЖАНИЕ

К читателям.....	4
Предисловие.....	6
1. Проблема психического здоровья в современном мире.....	9
2. Социальная ситуация как фактор формирования социально-психологической атмосферы в обществе.....	16
3. Общественное психическое здоровье в регионе.....	25
3.1. Социально-психологический климат	25
3.2. Психическое здоровье населения: текущее состояние и перспективы.....	31
3.3. Социальные аномалии как показатель отклонений в психическом здоровье.....	40
4. Удовлетворенность населения Вологодской области услугами сферы социально-психологической помощи.....	47
5. Направления улучшения психического здоровья населения.....	56
Заключение.....	62
Приложения.....	63

К ЧИТАТЕЛЯМ

Происходящие в последние годы в России коренные социально-экономические преобразования сопровождаются обострением накопившихся за многие десятилетия жизненно важных проблем, одной из которых является проблема охраны психического здоровья населения. Наблюдаемые в последнее время такие негативные тенденции, как рост числа психических больных, алкоголизация населения, распространение наркомании, в том числе среди детей и подростков, расширение масштабов эпидемии ВИЧ/СПИДа, высокий уровень смертности населения от самоубийств, криминализация общества и другие, – свидетельствуют о том, что все большее значение приобретают социальные аспекты возникновения, распространения и последствий психических расстройств.

Основные причины роста числа психических расстройств в современном мире, по мнению экспертов ВОЗ, – это возрастание плотности населения; урбанизация; разрушение природной среды; усложнение производственных и образовательных технологий; лавинообразно нарастающий информационный прессинг; рост числа чрезвычайных ситуаций; ухудшение физического, в том числе репродуктивного, здоровья; рост числа травм головного мозга и родовых травм; интенсивное постарение населения.

Все вышеуказанные причины в полной мере относятся и к населению России. Наряду с ними наблюдается ряд социально-культурных тенденций, которые оказывают воздействие на психическое здоровье. Это ослабление семейных и соседских связей и взаимопомощи, все более усиливающееся у индивидуумов чувство отчужденности от государственной власти и системы управления, превалирование материальных ценностей над духовными, распространение половой свободы, быстрое увеличение социальной и географической мобильности. Кризисное состояние общества, резкие экономические изменения со снижением уровня жизни, смена ценностей и идеологических представлений, межнациональные конфликты, а также природные и техногенные катастрофы, вызывающие миграцию населения, ломка жизненных стереотипов – существенным образом отражаются на психическом состоянии людей, порождают у них стрессы, фрустрацию, тревогу, чувство неуверенности, депрессию.

Значительная часть существующих проблем охраны психического здоровья связана с применяемой в недавнем прошлом ошибочной концепцией здравоохранения в целом и психиатрической помощи – в частности. Исходя из идеологии ложно понимаемого гуманизма, система здравоохранения в нашей стране многие годы была ориентирована исключительно на больных людей, отдавая им практически все социальные и медицинские ресурсы. Здравоохранение боролось с болезнями, но не занималось охраной здоровья.

Декларируемое все эти годы профилактическое направление в медицине в отношении большинства неинфекционных заболеваний, включая психические, не было реализовано, в первую очередь – в силу установления неверной причинной обусловленности возникновения заболеваний.

В последние годы в стратегии развития отечественных психиатрических служб наметился переход от преимущественно медицинской, нозоцентрической к биопсихосоциальной модели помощи, к полупрофессиональному бригадному (психиатр, психолог, социальный работник) ведению больных со смещением в доминировании от биологических, психофармакологических к психотерапевтическим, социотерапевтическим методам лечения с целью восстановления пациентов в их психологических, социальных связях, повышения их социальной компетенции. Отсюда возникает возможность расширения социальных аспектов деятельности диспансеров и работы с наиболее социально уязвимыми группами психически больных. Смена парадигмы психиатрии с организмо-центрического на эволюционно-популяционный подход заставляет исследователей искать новые критерии, отражающие динамику ментальных, психологических и социальных составляющих психического здоровья.

Суть переориентации общественного сознания и государственных чиновников в отношении проблемы психического здоровья нации сводится к созданию социально-этической доминанты охраны психического здоровья здорового человека. Для профилактики, как системы и как службы, это означает, что в центре ее внимания должны находиться здоровые мать и отец, здоровый ребенок, здоровый человек труда, здоровый образ жизни, трудовой деятельности и старости. Организация исследований качества жизни перечисленных социальных групп населения позволит, таким образом, и трансформировать представления о состоянии психического здоровья, и создать эффективные механизмы влияния на тревожную в настоящий момент ситуацию в регионе.

Представляемая читателю книга, подготовленная специалистами департамента здравоохранения Вологодской области и Вологодским научно-координационным центром ЦЭМИ РАН, являет собой попытку системного осмысления проблем психического здоровья на региональном уровне. Надеемся, что издание этой работы поможет в развитии системы психиатрической, психотерапевтической и социально-психологической помощи, а также в выборе основных направлений охраны и укрепления психического здоровья населения региона.

*Колинько А.А.,
начальник департамента здравоохранения
Вологодской области*

ПРЕДИСЛОВИЕ

В последние годы в мировой практике становится все более очевидным, что деятельность по охране психического здоровья населения должна войти в число наиболее приоритетных для большинства стран в силу тех социальных последствий, которые вызывают негативные явления в этой сфере. По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения, масштаб проблемы дает основания рассматривать психические болезни (включая алкоголизм и наркоманию) в качестве основной угрозы здоровью и продуктивности нации во всем мире¹. С экономической точки зрения это означает непосредственную угрозу трудовому потенциалу населения, от качества которого зависит развитие производительных сил и экономики в целом.

Для нашей страны эта проблема не менее актуальна. Во-первых, Россия не избежала распространения присущих всем странам мира, особенно в последнюю четверть века, так называемых «болезней цивилизации», вызванных информационным и технологическим взрывом, ускорением темпов современной жизни, социальной напряженности, повседневными стрессами, приводящими к серьезным трудностям психической адаптации. Во-вторых, коренные социально-экономические преобразования 1990-х годов вызвали существенные изменения в образе жизни населения, его иерархической структуре и системе ценностей, затронув все базисные потребности личности, в том числе главные: пищевые, половые, репродуктивные, территориальные, а также национальной и культурной идентификации, профессиональной самореализации, самоуважения и ряд других. Все это сопровождалось значительным увеличением различных дизадаптивных расстройств, абсолютным и относительным ростом психопатологии и социопатий², что привело к значительному росту невротизации населения и на протяжении последнего десятилетия.

Изменения в социально-экономической сфере (как результат трансформационных процессов) оказали и продолжают оказывать неблагоприятное воздействие на духовную сферу жизни российского общества. Так, например, установлена количественная связь между уровнем безработицы и различными формами девиаций. При увеличении безработицы на 1% наблюдается параллельный рост уровня самоубийств (на 4,1%), убийств (на 5,7%), первичных обращений в психиатрические лечебницы (на 3,3%), тюремных

¹ Психическое здоровье нации // http://www.bis-nn.ru/dr_fom/nr_25/zdorov.htm.

² Там же.

заклучений (на 4%), смертности от алкоголизма (на 1,9%) и т. д.³ Если учесть, что до начала 1990-х годов безработицы как таковой в стране вообще не существовало, а с 1992 г. по 2001 г. ее общий уровень среди трудоспособного населения вырос с 5,1 до 8,6%⁴, последствия такого резкого скачка самым неблагоприятным образом отразились в сфере психического здоровья. По имеющимся официальным данным, совпадающим с оценками независимых экспертов ВОЗ, в России в квалифицированной психолого-психиатрической помощи в настоящее время нуждаются около 15 – 20% населения, то есть около 25 млн человек⁵. Исходя из этого проблема психического здоровья в России находится в числе приоритетных.

Осознание опасности складывающегося положения постепенно приводит к актуализации этой проблемы в управленческой сфере. В 1995 г. Правительством Российской Федерации была принята Федеральная программа «Неотложные меры по совершенствованию психиатрической помощи (1995-1997 гг.)», которая фактически не выполнялась из-за отсутствия финансирования. Однако в ряде регионов страны за счет реализации региональных программ развития психиатрической помощи, привлечения внутренних резервов и внедрения новых методов диагностики и терапии наметилась тенденция к улучшению качества психиатрической помощи. Это связано с совершенствованием правового регулирования психиатрической помощи, внедрением новых научных разработок по формированию сетей и структуры учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь, появлением новых лекарственных препаратов, интенсивным развитием психотерапии, сближением специализированной и общемедицинской службы, увеличением числа врачей-психиатров и специалистов смежных специальностей (психологов, социальных работников), привлекаемых к работе в психиатрических учреждениях.

В 1999 – 2000 гг. в Вологодской области была разработана концепция «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области», в которой изложены основные направления здравоохранительной политики в регионе на перспективу⁶. В ней, в частности, указывается, что «проблема психического здоровья, а также отношения к лицам с психическими проблемами должна стать предметом широкого обсуждения» и на одно из важнейших мест ставится

³ Гундаров И.А. Парадоксы российских реформ. Уроки исторического идеализма (в графиках и таблицах). – М., 1997. – С.68.

⁴ Российский статистический ежегодник: Стат.сб. Госкомстат России. – М., 2001. – С.42.

⁵ Психическое здоровье нации // http://www.bis-nn.ru/dr_fom/nr_25-zdorov.htm

⁶ Концепция утверждена на коллегии при губернаторе Вологодской области в апреле 2000 г.

задача улучшения психологического климата, психосоциального состояния и психического здоровья населения (задача 3.6) ⁷.

С точки зрения научного обеспечения поставленной задачи значимым является проведение широких массовых исследований социально-психологического климата и психического здоровья населения. Опыт показывает: наиболее адекватным методом изучения при этом является анализ здоровья в исторически-хронологической динамике на эпидемиологическом (следовательно, массовом) материале ⁸. Он должен носить комплексный характер, с одновременным участием ряда специалистов не только в области клинической медицины, гигиены, экологии, психологии, педагогики, но и в области социологии – с целью выявления истинных масштабов распространенности тех или иных негативных процессов.

Начиная с 2000 г. Вологодский научно-координационный центр ЦЭМИ РАН совместно с департаментом здравоохранения Вологодской области проводят научно-исследовательские работы, целью которых выступает комплексное эмпирическое и теоретическое изучение социально-психологического климата и психического здоровья населения Вологодской области и выработка направлений, способствующих выявлению и предупреждению негативных тенденций, стабилизации и улучшению ситуации в этих сферах регионального сообщества.

В настоящей работе отражены текущее состояние и динамика различных показателей социально-экономической и социально-политической жизни региона с целью определения возможного влияния данных факторов на ситуацию в сфере общественной психики; дана оценка социально-психологического климата и психического здоровья населения, рассмотрен уровень распространения в регионе различных негативных психических состояний; определен уровень потребности жителей области в квалифицированной помощи психологов, психотерапевтов, психиатров, наркологов, социальных педагогов и специалистов по социальной работе и возможности ее получения; а также рассмотрены направления и мероприятия по охране психического здоровья вологжан.

⁷ Концепция «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области». – Вологда. 2000. – С. 16.

⁸ Хохлов Л.К., Шипов А.А., Горохов В.И. Психическое здоровье населения и современные экологические, социокультуральные влияния // http://www.yspu.yar.ru/ vestnik/uchenuc_praktikam/4_9.

1. ПРОБЛЕМА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определила здоровье как состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических недостатков. Понятие «полное здоровье» включает физическое, социальное и психическое здоровье. Эти три стороны здоровья существуют как единое целое, обуславливая друг друга⁹. Поэтому сегодня, говоря о здоровье, нужно иметь в виду не только физическое состояние человека, но и состояние его психоэмоциональной и ценностно-нравственной сфер, степень его социальной адаптации.

Под физическим здоровьем понимается нормальная работа всех органов и систем человеческого организма. Социальное здоровье – это уважение общечеловеческих ценностей, морали и законов, успешная социальная адаптированность. Наконец, *психическое здоровье* – это состояние душевного благополучия, характеризующееся отсутствием болезненных психических проявлений и обеспечивающее адекватную условиям окружающей действительности регуляцию поведения, деятельности¹⁰.

Содержание понятия психического здоровья не исчерпывается медицинскими и психологическими критериями. В нем всегда отражены общественные и групповые нормы и ценности, регламентирующие духовную жизнь человека. К основным критериям психического здоровья следует отнести: соответствие субъективных образов отражаемым объектам действительности и характера реакций — внешним раздражителям, значению жизненных событий; адекватный возрасту уровень зрелости эмоционально-волевой и познавательной сфер личности; адаптивность в микросоциальных отношениях; способность самоуправления поведением, разумного планирования жизненных целей и поддержания активности в их достижении и др.

В настоящее время наметился отход от отождествления понятий психического здоровья человека и серьезных отклонений от нормы – психических болезней, которые, как отмечается специалистами, составляют всего лишь малую долю в растущем общем объеме патологий, вызванных эмоцио-

⁹ Ильина Л. Здоровье – это стиль и образ твоей жизни // <http://www.yakutia.ru/~resp/n29290/2-33.htm>.

¹⁰ Психология. Словарь / Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошенского. – 2-е изд. – М., 1990

нальными проблемами. Так, главный врач Службы здравоохранения США Д. Сэтчер в своем отчете за 1999 г., посвященном данным проблемам, особо подчеркнула, что «психическое здоровье» и «психическая болезнь» не являются диаметрально противоположными понятиями, а, скорее, должны рассматриваться как некоторые точки на непрерывной шкале¹¹. В соответствии с этой концепцией, более широкое понятие психических отклонений охватывает не только острые тяжелые расстройства, но и более обычные состояния – например, депрессию, посттравматическое стрессовое расстройство, а также аддиктивные (зависимые) формы поведения.

Современная концепция охраны психического здоровья проистекает из идеи неразрывной связи между вышеупомянутыми тремя аспектами здоровья¹², когда ухудшение одного из них влечет за собой ухудшение других. Идея эта обусловлена тем, что в современных, все более усложняющихся, интенсифицирующихся условиях жизни огромное влияние на общее и психическое здоровье человека, населения в целом приобретает широкий перечень социальных факторов. Психическое нездоровье в той или иной форме, в свою очередь, является запускающим моментом в развитии телесных заболеваний либо фактором, препятствующим выздоровлению. (Проведенные исследования исходов лечения инфаркта миокарда показали, что некомпенсированная депрессия повышает риск летального исхода на 60%.)

Такая ситуация заставила выделить в среде психических отклонений различной степени тяжести особые психосоциальные расстройства, обусловленные во многом именно социальными причинами (общая интенсификация жизни, повышение требований к человеку, смена социальных ценностей, резкое расслоение общества по уровню доходов, обнищание, безработица, социальные и национальные конфликты, техногенные аварии и катастрофы, войны, терроризм и пр.). В этой связи выделяются потенциальные группы риска – категории населения, находящиеся в ситуациях, способствующих более высокой опасности заболевания психическими и соматическими болезнями (беженцы и внутренние перемещенные лица; люди, живущие за чертой бедности; дети – сироты, выгнанные родителями из дому, живущие в обстановке насилия или совместно с алкоголиками или наркоманами; люди, живущие или побывавшие в зоне военных действий или вооруженных конфликтов, и т.п.). В особые группы зачислены лица, злоупотребляющие алко-

¹¹ Ютан К. Что такое охрана психического здоровья //Наше здоровье. 2000. Т.8. № 2 // <http://www.aiha.com/russian/pubs/fall00/intro03.cfm>

¹² Ютан К. Там же.

голем, наркотиками и токсическими веществами, общее число которых в мире неуклонно растет.

От психосоциальных расстройств страдают не только сами заболевшие, но и их родные, близкие, соседи, все общество в целом¹³. Подобная ситуация заставила специалистов заговорить об «общественном психическом здоровье», под которым понимается уровень психического здоровья популяции, распространенность в ней психических заболеваний, алкоголизма, наркомании, умственной отсталости и суицидов¹⁴. Общественное психическое здоровье выступает индикатором интеллектуального и нравственного состояния общества, его духовного потенциала. По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения, этот критерий отражает интеллектуальный потенциал нации, ее духовность¹⁵.

Сегодня проблема психического здоровья населения приобретает все большую остроту практически для всех стран мира. Согласно отчетам ВОЗ, степень ущерба, наносимого психическими заболеваниями здоровью и полноценной жизни людей, обществу в целом, долгое время недооценивалась. Между тем, данные подтверждают, что в мировом масштабе это бремя исключительно тяжелое. Как утверждается в фундаментальном исследовании «Мировое бремя болезней», проведенном ВОЗ, Всемирным Банком и Гарвардским университетом, в масштабе всей планеты четыре из десяти основных факторов нетрудоспособности – именно психические заболевания¹⁶. Эти и другие поведенческие нарушения затрагивают сотни миллионов людей как в странах третьего мира, так и в промышленно развитых государствах. Например, исследование показало, что депрессия – четвертый по значимости источник ухудшения индекса здоровья населения, измеряемого числом лет нетрудоспособности, а к 2020 г. она переместится на второе место. В государствах с развитой рыночной экономикой психические болезни обуславливают более 15% общей заболеваемости, измеряемой количеством лет здоровой, полноценной жизни, потерянных раньше срока вследствие болезни или смерти.

¹³ Ютан К. Там же.

¹⁴ Психология. Словарь / Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – 2-е изд. – М., 1990.

¹⁵ Дмитриева Т. Столица калечит, но она и лечит // <http://www.mpg.ru/index.php?partID=1&ID=511>.

¹⁶ Ютан К. Что такое охрана психического здоровья // Наше здоровье. – 2000. – Т.8. – №: 2 // <http://www.aiha.com/russian/pubs/fall00/intro03.cfm>.

Социально-экономические потери общества от депрессии весьма велики. Так, затраты на лечение депрессии в США в 1998 г. составили ¹⁷:

Прямые затраты	5,8 млрд долл.
Непрямые затраты:	
потеря нетрудоспособности	28 млрд долл.
потеря от смертности (суицид)	11,6 млрд долл.
Итого:	45,6 млрд долл.
В т.ч. стоимость медикаментов	не более 3%.

Одной из главных предотвратимых причин смерти в мировом масштабе выступают самоубийства (70% всех суицидов приходится на больных депрессией; 70% больных, совершивших суицидальную попытку, посещали врача общей практики в течение 6 мес. до суицида), а среди всех причин, приводящих к смерти, по мировой статистике, суицид стоит на десятом месте ¹⁸.

Особенную остроту проблема психического здоровья приобретает для развивающихся стран и новых независимых государств, образовавшихся после распада мировой социалистической системы и характеризующихся серьезным ухудшением социальной ситуации (так, например, девять из десяти стран в списке государств с наивысшим уровнем самоубийств относятся к Восточной Европе ¹⁹, а первые пять мест по смертности от суицида в мире занимают страны бывшего СССР ²⁰). Проблема психического здоровья в этих странах усугубляется необходимостью нести большие социальные и экономические затраты на ее решение. Наиболее серьезными причинами нетрудоспособности становятся депрессивные расстройства, самоповреждения, развитие слабоумия и алкоголизм. В ближайшие годы, кроме того, психическое здоровье людей в развивающемся мире будет тесно связано с их физическим здоровьем.

В нашей стране в настоящее время проблема психического здоровья населения также одна из самых острых. Чаще всего она рассматривается в контексте изучения проблемы общего здоровья населения (единство физического, психического, социального здоровья), которое за последнее десятилетие

¹⁷ По материалам конференции «Депрессия в практике психиатра: эпидемиология, клиника, терапия», состоявшейся 5 декабря 2002 г. в Санкт-Петербурге.

¹⁸ Ютан К. Что такое охрана психического здоровья // Наше здоровье. 2000. – Т.8. – № 2 // <http://www.aiha.com/russian/pubs/fall00/intro03.cfm>.

¹⁹ Ютан К. Там же.

²⁰ По данным ВОЗ, к ним относятся Литва, Россия, Беларусь, Латвия, Эстония // Suicide rates. World Health Organization/http://www.who5.int/mental_health.

тие значительно ухудшилось, что проявилось в резком снижении рождаемости, росте смертности (особенно среди лиц трудоспособного возраста), заболеваемости и болезненности.

В этих условиях специалисты здравоохранения сосредоточили свое внимание на исследовании факторов, послуживших причинами такого значительного ухудшения ситуации. Доктор медицинских наук И.А. Гундаров провел обстоятельное эпидемиологическое обследование, направленное на выяснение причин эпидемии инфарктов и инсультов с началом реформ в России.

В своем поиске И.А. Гундаров выбирает довольно неожиданное направление: он обращается к теологической литературе, к психосоматическим исследованиям; пытается исследовать духовные процессы и даже измерять уровень греховности. Им разрабатывается два метода измерения уровня: первый – метод экспертных оценок; второй – основанный на статистических измерениях. Используя такой подход, ученый делает вполне конкретные выводы: главной причиной эпидемии инфарктов и инсультов, роста стрессогенности в России является духовное насилие, насилие над духом (так, в частности, при анализе статистики была выявлена следующая закономерность: рост уровня убийств и самоубийств, как следствие негативных изменений в сфере общественной нравственности, предшествовал росту общей смертности на полгода-год)²¹. Роль факторов ухудшения ситуации сыграли не столько сами социально-экономические реформы, сколько методы, которыми они осуществлялись, и идеология, в рамках которой они проводились. Результаты исследований в русле нового методологического подхода И.А. Гундаров опубликовал в монографии²², где сделал главный вывод: духовное неблагополучие человека является прямой причиной социально-демографической катастрофы и общего ухудшения здоровья людей в России. Эта тенденция выражается, в первую очередь, в росте психосоматических – сердечно-сосудистых и иных «болезней цивилизации», в чрезмерной наркотизации (алкоголизации) населения, в увеличении смертности от психических расстройств, от несчастных случаев, травм и отравлений.

Вывод И.А. Гундарова подтверждают и другие отечественные ученые. В 1991 г. сотрудниками Государственного научного центра социальной и судебной психологии им. В.П. Сербского было высказано предположение о

²¹ Гундаров И.А. Духовное неблагополучие как причина демографической катастрофы: почему умирают в России, как нам выжить? – М.: Медиа-Сфера, 1995. – С. 10.

наличии группы так называемых социально-стрессовых расстройств (на основе анализа состояния психического здоровья населения республик бывшего Советского Союза во время начавшейся во второй половине 1980-х гг. перестройки общества)²³.

Социально-стрессовые расстройства (ССР) представляют собой особую группу невротических расстройств. Они развиваются прежде всего у людей, находящихся под влиянием макросоциальных общегрупповых психогенных факторов. ССР принципиально не отличаются от других нарушений, наблюдаемых в обычных и экстремальных условиях, однако они обусловлены общими причинами и одновременно развиваются у большого числа людей. Их массовому распространению способствовала социально-психологическая ситуация, сложившаяся в России в реформенный период. Она привела к ломке общественного сознания и жизненной ориентации десятков миллионов людей. Старые «общественные ценности» и ориентиры были «отменены», а формирование новых задерживается до сих пор. Развивающиеся вследствие этого у массы людей состояния психоэмоционального перенапряжения и психической дезадаптации по существу являются своеобразной коллективной травмой. К этому добавились фактическое разрушение духовной, средовой и экологической основы организации жизни миллионов людей, возникший экономический и политический хаос, безработица, обострение межнациональных конфликтов, локальные гражданские войны, появление миллионов беженцев, расслоение общества, рост гражданского неповиновения и преступности. Они стали основными причинами того, что в 1990-х гг. произошло массовое переосмысление жизненных целей и крушение устоявшихся идеалов и авторитетов. Следствием стали утрата «смысла жизни», обнищание, затронувшее основные слои населения, недоверие к обещаниям руководства, отсутствие реальных надежд на улучшение ситуации. Затянувшийся и нарастающий характер воздействия негативных внешних факторов обусловил множество мелких внутриличностных и межличностных конфликтов. Эти конфликты в силу своей массовости создали огромный и трудноклассифицируемый конгломерат социально-психологической напряженности, на фоне которого у многих людей формируются психологические (доклинические) и клинически оформившиеся варианты социально-

²² Гундаров И.А. Там же. – С. 100.

²³ Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства // Обозрение НИИ психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. – СПб.1992. – № 2. – С. 3-12.

стрессовых расстройств²⁴. По данным российских специалистов, которые регулярно представляются на информационно-практических конференциях «Психическое здоровье. Санкт-Петербург», ухудшение показателей психического здоровья населения происходит в основном за счет неврозов. До 70% населения России страдает этими психическими расстройствами²⁵. Кроме того, до 30% россиян находятся в состоянии депрессии²⁶.

Таким образом, в последнее десятилетие произошло общее ухудшение ситуации в сфере общественного психического здоровья. Радикальные и далеко не всегда продуманные изменения, происходящие в стране, вызвали изменение образа жизни, дискредитацию или игнорирование (на властном уровне, уровне различных элит, СМИ и пр.) одних ценностей в условиях, когда другие либо еще не найдены, либо не принимаются обществом. Значительное количество людей утратили смысл жизни, испытывают трудности социальной адаптации и самореализации. Реальностью стали снижение или исчезновение у конкретного человека психической установки на перспективу – мотивации на лучшую жизнь и деятельность на благо общества. Возникают негативные психические состояния, носящие устойчивый затяжной характер. Они, в свою очередь, способствуют ухудшению здоровья, заболеваниям, высокой смертности. В итоге страна теряет большое количество людей, утрачивается ее интеллектуальный, духовный, производственный и воспроизводственный потенциал.

Итак, общественное психическое здоровье – одно из важнейших условий существования и развития любого общества, основа благополучия и надлежащего качества жизни его членов, фундамент устойчивого экономического роста. Для проведения успешной государственной политики следует осознавать актуальность данной проблемы, а также учитывать условия формирования и развития социально-психологического климата, стрессогенные факторы, способные негативно повлиять на состояние психического здоровья.

²⁴ Александровский Ю.А. Там же.

²⁵ Кузнецова М. Экономическая нестабильность увеличивает психические расстройства горожан // http://win-www.medport.ru/medpb/8_2000.htm.

²⁶ Иванов И. Необъявленная война // <http://www.sakha.ru/sakha/smi/gazeta/yakutia/n29326/25-62.htm>.

2. СОЦИАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АТМОСФЕРЫ В ОБЩЕСТВЕ

Современная российская действительность характеризуется наличием большого количества имеющих различную интенсивность, длительность и характер социальных, экономических, политических, экологических и других факторов, которые прямо или опосредованно воздействуют на процессы жизнедеятельности как отдельных индивидов, так и различных по составу социальных групп и слоев. С целью проследить возможное влияние различных социально-экономических, социально-политических факторов на состояние общественного психического здоровья, нами были проанализированы статистические данные Госкомстата, а также результаты регулярных социологических опросов жителей Вологодской области, проводимых ВНКЦ ЦЭМИ РАН.

В число проблем, наиболее актуальных для России, 41% жителей Вологодской области включает снижение уровня жизни, затем – высокий уровень преступности (40%). Далее идет инфляция (37%), рост безработицы (30%), социальная незащищенность граждан (28%), рост алкоголизма (27%) и другие²⁷. Население, как показывают опросы общественного мнения, постоянно испытывает серьезную обеспокоенность высоким уровнем преступности.

Важное значение для здоровья имеет материальное благосостояние. Следует отметить, что социально-экономические факторы оказывают влияние на здоровье не только своей абсолютной величиной, но и скоростью изменений. Если динамика происходит очень быстро, то человек не успевает к ней приспособиться и развивается патологический стресс (дистресс). Его воздействие проявляется в отношении широкого круга заболеваний. Так, начало 1990-х гг. характеризовалось в России возникновением мощного стрессогенного фактора. Произошло стремительное снижение уровня жизни, к которому общество не успело адаптироваться. Например, заболеваемость населения с 1990 г. по 1994 г. возросла с 611,7 до 676,1 чел. на 1000 населения, следующий период роста наблюдался в период 1995–2000 гг. (с 637,6 до 837

²⁷ Согласно результатам регулярно проводимых ВНКЦ ЦЭМИ РАН социологических опросов жителей региона, данные за 2002 г.

чел. на 1000 человек). Заболеваемость психическими расстройствами увеличивалась в периоды 1990–1995 гг. (с 7,8 до 10,2 чел. на тыс. нас.) и 1997–2000 гг. (с 6,6 до 8,2 чел. на тыс. нас.)²⁸.

В 1999 г. отмечались самые негативные за период 1996–2002 гг. оценки уровня благосостояния. По-видимому, это было вызвано кризисом 1998 г. Начиная с 2000 г. происходит улучшение материального благополучия, т.к. жители области смогли адаптироваться к изменившимся условиям. Тем не менее четверть населения Вологодской области в 2002 г. считала, что личное материальное положение продолжает ухудшаться (рис. 1). Хотя и наблюдается устойчивая тенденция к постепенному росту позитивных оценок, удельный вес отмечающих рост благосостояния (11%) более чем в два раза меньше, чем тех, кто отмечает его снижение (26%).

Рисунок 1. Оценки изменения благосостояния в сравнении с предыдущим годом (в % к числу опрошенных)



Подобные тенденции отмечены и в динамике покупательной способности населения (рис. 2). Данный показатель за последние четыре года несколько повысился. В основном это выразилось в сокращении числа людей, чьих доходов хватает в лучшем случае на еду (в 1998 г. – 72%, в 2002 г. – 53%) и увеличении доли жителей региона, которым денег достаточно для приобретения необходимых товаров (с 24% в 1998 г. до 35% в 2002 г.). Таким образом, более половины населения находится в постоянных заботах о собственном выживании, а значит не имеет возможности полноценно отдыхать, получать необходимые для здоровья лекарства и процедуры, заниматься любимым делом. Все это выступает постоянным стрессогенным факто-

²⁸ Стат. ежегодник Вологодской области в 1995–2001 годах. – Вологда: Вологодский облкомстат, 2001. – С. 9.

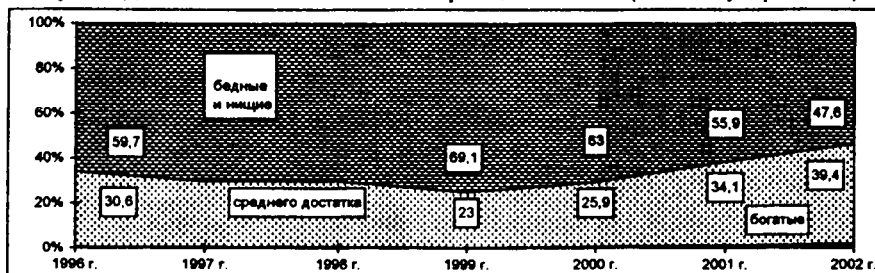
ром, способным повлечь срыв защитных механизмов, дезадаптацию в виде психических расстройств различного уровня – психосоматических, невротических, психотических.

Рисунок 2. Оценка покупательной способности населения (в % к числу опрошенных)



Около половины жителей региона продолжают считать себя бедными или нищими. Это, с одной стороны, выступает для них психотравмирующим фактором, а с другой – негативная самооценка сама по себе является одним из симптомов депрессивного расстройства. Следует отметить: некоторые позитивные тенденции в изменении структуры социальной самоидентификации в последние три года, безусловно, присутствуют. Согласно мнению жителей региона, с 1999 г. продолжает увеличиваться доля лиц «богатых» и «среднеобеспеченных» (с 23 до 39%) и сокращается удельный вес тех, кто относит себя к категории «бедных» и «нищих» (с 69 до 48%; рис. 3).

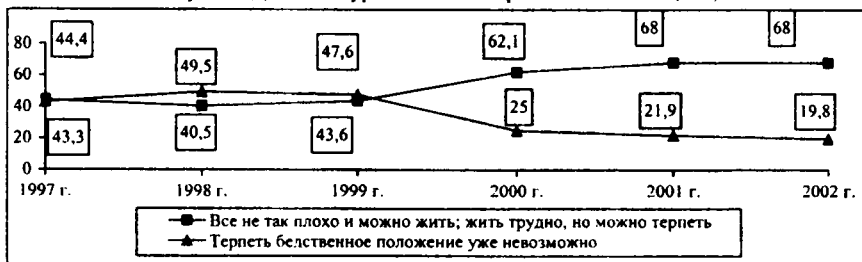
Рисунок 3. Динамика социальной самоидентификации населения (в % к числу опрошенных)



Еще один важный фактор, от которого зависит состояние общественной психики, условно можно назвать «запасом терпения». Это свойство, которое в значительной степени сглаживает негативное влияние внешней сре-

ды на психику индивида, сдерживая при этом действие деструктивных процессов. В последние годы «запас терпения» заметно возрос. Так, в 1998 г. практически 50% жителей были не способны дальше терпеть свое бедственное положение. В 2002 г. их доля насчитывала 20%, несмотря на то, что половина респондентов отнесли себя к «бедным» и «нищим», денежных средств у которых хватает лишь на покупку продуктов питания. Корректная интерпретация полученных результатов без оценки психо-эмоционального состояния населения невозможна, поскольку аффективная (эмоциональная) адекватность и оценка окружающей действительности напрямую зависят от последней. Доля населения региона, которая считает, что можно жить, не испытывая трудностей, либо терпеть, несмотря на трудности, второй год держится на уровне 70% (рис. 4).

Рисунок 4. Динамика уровня запаса терпения населения (в %)



Таким образом, начиная с 1999 г. отмечается некоторое улучшение показателей социально-экономического положения населения в собственных оценках, вследствие чего наблюдается и рост «запаса социального терпения». В 2002 г. зафиксированы самые высокие показатели по сравнению с предыдущими годами исследований.

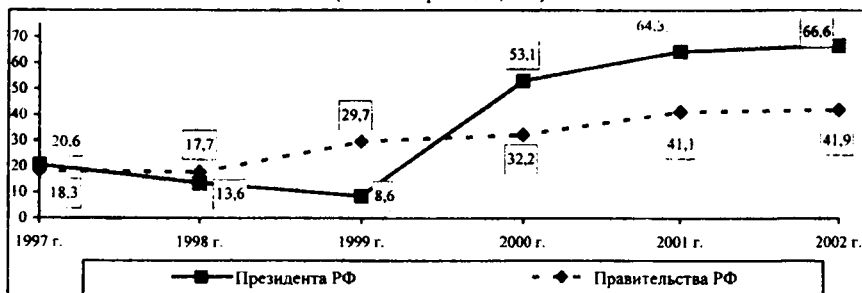
Тем не менее четверть населения продолжает ощущать, что личное благосостояние понижается, половина жителей считают себя бедными или нищими и имеющиеся материальные средства тратят лишь на приобретение продуктов питания. Однако каждый пятый респондент отмечает, что терпеть свое бедственное положение больше не может. Все это создает условия для распространения в обществе различных психосоциальных патологий (невротических расстройств, алкоголизма, наркомании, различных проявлений агрессии).

При исследовании и анализе субъективных оценок населением уровня собственного благосостояния, а также «запаса терпения» нами было отмечено значительное улучшение показателей, происходившее с конца 1999 г. Почему именно в этот период? При оценке изменений в экономической и политической ситуации в стране ответ на заданный вопрос становится более очевидным.

Во-первых, мы уже говорили о шоке, который испытали жители всей страны во время кризиса в августе 1998 г., когда осознали, что государство не способно защитить интересы простых граждан (в том числе их сбережения). Однако спустя год–два население страны в целом и региона в частности сумело приспособиться к ситуации, изменившейся в последнее время.

Во-вторых, возрос, начиная с 1999 г., рейтинг властных структур федерального значения. Значительно (в 7,5 раза) увеличилась степень одобрения населением деятельности Президента РФ (с 9 до 67%; рис. 5). Позитивная оценка деятельности Правительства РФ возросла за аналогичный период с 30 до 42%. В целом, на наш взгляд, заметны позитивные изменения, вызванные вступлением на пост Президента РФ Путина В.В., однако около трети населения не может одобрить проводимую им политику и испытывает при этом различные негативные эмоции.

Рисунок 5. Уровень одобрения населением деятельности президента, правительства (доля одобряющих, в %)



Удельный вес граждан, которые полагают, что обстановка является благополучной и спокойной, за период с 1998 по 2002 гг. увеличился с 4 до 26% (рис. 6). Доля жителей области, считающих ее напряженной, критической или взрывоопасной, сократилась с 89% в 1998 г. до 59% в 2002 г. Но все

же, несмотря на позитивные тенденции, около 60% опрошенных продолжают ощущать беспокойство по поводу политической обстановки в стране.

Рисунок 6. Оценка населением политической обстановки в России
(в % от числа опрошенных)



Население оценивает перспективу развития политической ситуации следующим образом: около трети жителей региона предполагают ее улучшение, около четверти – ухудшение, наибольшая их часть (более 40%) затрудняются определить характер ее изменений в будущем. Таким образом, две трети населения неудовлетворены настоящей политической ситуацией и находятся в состоянии ожидания возможных негативных ее изменений в ближайшем будущем.

Мы уже говорили, что жители региона считают одной из наиболее острых проблем современной жизни криминализацию общества.

Распространение преступности и других социальных патологий является отражением негативного психологического климата, накопления напряжения в меж- и внутриличностных отношениях. Показатели распространенности социальных патологий служат индикаторами, свидетельствующими о степени социального неблагополучия, о неблагоприятной психологической, ценностно-нормативной обстановке в обществе. Сведения о степени негативных изменений в общественных отношениях можно почерпнуть из данных региональной статистики, а также социологических опросов населения.

Официальные данные ²⁹ говорят о том, что за последнее десятилетие криминальная обстановка в регионе стала более напряженной. Количество

²⁹ О положении в экономике и социальной сфере Вологодской области в январе – октябре 2002 г. Доклад Госкомстата РФ. – Вологда, 2002.

преступлений в 2002 г. возросло на 47% по сравнению с 1991 г.³⁰ В то же время наблюдается некоторое снижение данного показателя (на 21%) по сравнению с 1999 г. Однако продолжает неуклонно расти распространенность таких явлений, как хулиганство (на 65% в 1991–2002 гг.), грабежи и разбои (на 137%; табл. 1).

Таблица 1. Криминогенная обстановка в Вологодской области (в среднем преступлений за месяц)

Показатели	1991 г.	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	Темпы роста к 1991 г. (в %)
Зарегистрировано случаев преступлений	1578,3	2279,2	2337,6	2148,7	2594,1	2949,9	2888,9	2878,4	2322,2	147,1
Из них:										
- убийства	15,6	18,8	21,1	20,3	19,8	20,7	20,0	24,2	21,4	137,2
- хулиганства	110,7	194,4	182,8	141,8	160,8	162,7	163	178,3	182,6	164,9
- изнасилования и покушения на изнасилование	8,2	7,5	6,9	6,9	10,2	9,5	8,7	9,7	9,5	115,9
- грабежей и разбоев	72,3	127,3	121,9	115,9	137,5	157,9	164,4	170,6	171,8	237,6

Как же данная ситуация отражается на повседневной жизни людей?

Учитывая высокое значение вопросов, касающихся условий личной безопасности населения и его отношения к правоохранительным органам, ВНКЦ ЦЭМИ РАН регулярно (2 раза в год) проводит их изучение в рамках мониторинга общественного мнения.

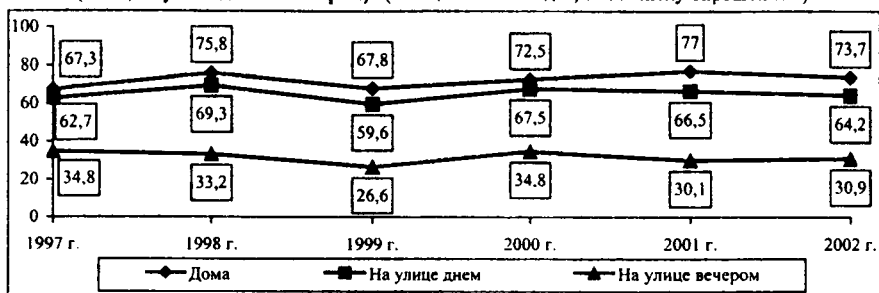
Следует отметить, что, несмотря на некоторое улучшение ситуации в сфере собственной безопасности после 1999 г., с 2001 г. наблюдается рост тревожности жителей региона. По-прежнему достаточно острой остается проблема безопасности населения. Только треть населения чувствует себя в безопасности на улице вечером, лишь две трети – днем и три четверти – дома (рис. 7).

Согласно официальным данным, отмечено снижение количества преступлений в целом, тем не менее нервозность, тревога и страх у жителей области не только не снижаются, но остаются на очень высоком уровне. В чем причина подобного отношения населения к проблеме преступности? Возможно, определенную роль играет обилие в средствах массовой информации сюжетов, фильмов, публикаций на криминальную тему, что само по себе яв-

³⁰ Статистический ежегодник Вологодской области /2001 г. – С.90.

ляется психотравмирующим фактором, а также нагнетает страх в обществе, порождает агрессию и девиантные формы поведения. По результатам социологического опроса, проведенного ВНКЦ ЦЭМИ РАН в 2000 г., 36% опрошенных каждый день сталкиваются с изображением насилия, «чернухи» на телеэкранах, столько же жителей региона полагают, что это следует запретить. Половина населения считает, что необходимо существенно ограничить демонстрацию подобных сюжетов.

Рисунок 7. Чувствуете ли Вы себя в безопасности в настоящее время (дома, на улице днем и вечером)? (позиция ответов «да», в % к числу опрошенных)



Оградить население от конкретных криминогенных проявлений призваны правоохранительные органы, и прежде всего работники милиции. Однако результаты регулярно проводимых ВНКЦ ЦЭМИ РАН социологических опросов показывают: складывающееся отношение населения области к органам внутренних дел в целом нельзя назвать позитивным, несмотря на тревогу населения по поводу собственной безопасности.

Причиной подобного недоверия органам охраны общественного порядка выступает убежденность в том, что милиция в настоящее время не может справиться с преступностью (66% жителей области). Позитивное мнение имеет только каждый десятый.

Таким образом, по мнению опрошенных, криминогенная обстановка в регионе является тревожной, а милиция, призванная решать подобные проблемы, недостаточно компетентна и активна в своих действиях. Все это в результате становится дополнительным психотравмирующим фактором для вологжан.

Итак, нами было проанализировано возможное влияние различных социально-экономических, социально-политических факторов на психическое

состояние жителей региона, а также на общую ситуацию в сфере общественной психики. Отмечен рост некоторых позитивных оценок населения в последние 2–3 года. Но насколько устойчиво это улучшение, основанное преимущественно на высоком рейтинге Президента РФ В.В. Путина? Тот факт, что значительная часть респондентов считают себя бедными и нищими, вынужденными постоянно заботиться о первичных потребностях, оценивают политическую ситуацию как напряженную, критическую, взрывоопасную, опасаются пребывания на улицах вечером и днем, а также не чувствуют себя в безопасности даже дома, – свидетельствует о состоянии хронического стресса, который неизбежно приводит к изменениям в человеческой психике. Представленный перечень факторов воздействия на социально-психологический климат и психическое здоровье не является всеобъемлющим и в дальнейшем, безусловно, нуждается в расширении. Вместе с тем результаты исследования приводят к неутешительным прогнозам дальнейшего развития ситуации в сфере общественного психического здоровья в случае отсутствия комплексного подхода в решении данной проблемы на всех уровнях власти, во всех сферах общественной жизни.

3. ОБЩЕСТВЕННОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ В РЕГИОНЕ

3.1. Социально-психологический климат

Концентрированным индикатором для фиксации воздействия различных социально-экономических, политических, экологических и других факторов на социально-психологический климат³¹ выступает социальное настроение. Эмоциональное состояние людей, их поведение зависят от остроты социальных проблем и противоречий, удовлетворения социальных интересов, характеризующих деятельность человека.

Социальное настроение отражает особенности психической направленности, состояние духовной атмосферы общества в процессе экономического реформирования. Эмоциональное состояние людей, их поведение обуславливаются остротой социальных проблем и противоречий, степенью удовлетворения социальных интересов³².

Преобладание негативных тенденций в настроении на протяжении довольно длительного времени не может не сказываться на психическом состоянии человека. При слабоинтенсивных аффектах изменения в нервной системе незначительны и компенсируются силой воли самого человека. Во время сильных аффектов его работоспособность нарушается на некоторое время. Длительное действие слабых раздражителей отрицательного характе-

³¹ Данное понятие чаще используется для характеристики межгрупповых отношений. Однако, на наш взгляд, оно вполне применимо и для анализа социальных процессов в региональном сообществе. Под социально-психологическим климатом понимается (от греч. *Klíma* – наклон, а также *socialis* – общество и *psíche* – душа) качественная сторона межличностных отношений, проявляющаяся в виде совокупности психологических условий, способствующих или препятствующих продуктивной совместной деятельности и всестороннему развитию личности в группе. Важнейшие признаки благоприятного социально-психологического климата: доверие и высокая требовательность членов группы друг к другу; доброжелательная и деловая критика; свободное выражение собственного мнения при обсуждении вопросов, касающихся всего коллектива; отсутствие давления руководителей на подчиненных и признание за ними права принимать значимые для группы решения; достаточная информированность членов коллектива о его задачах и состоянии дел при их выполнении; удовлетворенность принадлежностью к коллективу; высокая степень эмоциональной включенности и взаимопомощи в ситуациях, вызывающих состояние фрустрации у кого-либо из членов коллектива; принятие на себя ответственности за состояние дел в группе каждым из ее членов и пр. Установлено, что между состоянием социально-психологического климата развитого коллектива и эффективностью совместной деятельности его членов существует положительная связь (Психология: Словарь / Под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. – 2-е изд. – М., 1990.)

³² Гулин К. А. Духовное здоровье населения Вологодской области // Народонаселение. – 2000. – №4. – С. 117-124.

ра, особенно если они являются непрерывными, в итоге может привести к срыву деятельности нервной системы.

Видимо, в связи с некоторым ростом позитивных оценок экономической и политической ситуации в последние три года, отмечается улучшение показателей социального настроения. Так, если в 1999 г. доля жителей области, испытывающих «напряжение, раздражение» или «страх, тоску», была равна 64%, то в 2002 г. она уменьшилась до 43% (рис. 8). Удельный вес тех, кто испытывает «прекрасное настроение, нормальное, ровное состояние», с 1997 г. увеличился почти в 2 раза и составил 50% в 2002 г.



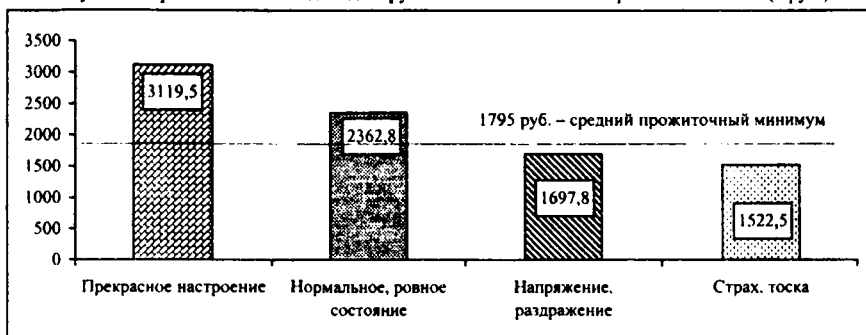
По-прежнему значительное влияние на настроение оказывает социальная самоидентификация респондентов. Чем выше оценивает человек свое общественное положение и уровень благосостояния, тем лучше его настроение. И напротив, снижение социального статуса влечет за собой серьезное ухудшение настроения (табл. 2). Обращает на себя внимание тот факт, что за чертой бедности («нищие») уровень напряжения по сравнению с «бедными» (39,6 и 43,6% соответственно) снижается (истощение напряженности аффекта), а уровень страха в группе «богатых» и «бедных» фактически одинаков (11,1 и 11,6%).

Таблица 2. Зависимость настроения от социальной самоидентификации населения области в 2002 г. (в %)

Социальная самоидентификация	Доля в выборке	Настроение			
		Прекрасное настроение	Нормальное, ровное состояние	Напряжение, раздражение	Страх, тоска
		9,0	41,1	33,6	9,3
Богатые	2,0	32,3	35,6	18,2	11,1
Среднеобеспеченные	39,4	14,0	53,0	24,1	4,1
Бедные	37,9	4,0	33,9	43,6	11,6
Нищие	9,7	5,5	26,4	39,6	21,2

У жителей области, которые испытывают прекрасное или нормальное настроение, ровное состояние, фактический доход на одного члена семьи превышает прожиточный минимум. Те, у кого преобладает негативное настроение, напротив, имеют доход меньше данного уровня (рис. 9). Таким образом, повышение доходов является важнейшей предпосылкой улучшения социально-психологического состояния населения.

Рисунок 9. Среднемесячный доход в группах социального настроения в 2002 г. (в руб.)



Помимо изучения социального настроения, «запаса социального терпения», смертности от убийств и самоубийств, в рамках исследования социально-психологического климата, проводимого с 2000 г. ВНКЦ ЦЭМИ РАН и департаментом здравоохранения Вологодской области, был измерен уровень социальной фрустрированности³³ населения региона.

По данным опроса жителей Вологодской области, в апреле-мае 2002 г. средний индекс фрустрированности в регионе уменьшился до 1,4 балла (по сравнению с 1,9 в 2000 г. и 1,7 в 2001 г.). Это соответствует очень низкому уровню фрустрированности (по шкале от 0 до 4 баллов; табл. 3).

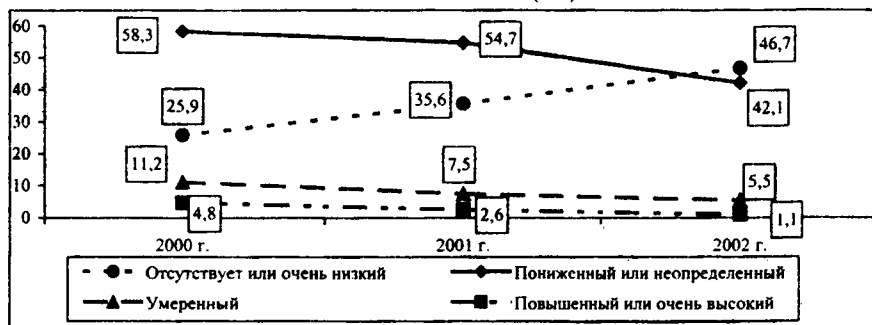
³³ Фрустрация (frustratio – обман, тщетное ожидание) – это психическое состояние, возникающее вследствие реальной или воображаемой помехи, препятствующей достижению цели. Проявляется в ощущениях гнетущего напряжения, тревожности, отчаяния, гнева и др. Сила фрустрации зависит от степени значимости блокируемого поведения и субъективной близости достижения цели. Фрустрация усиливает мотивацию, когда причины ее рассматриваются человеком как устранимые, в результате появляется повышенное эмоциональное возбуждение и острое желание уничтожить преграды. Это природный механизм, запускающий природные резервы, в случае помех в достижении цели, социально прогрессивен и индивидуально выгоден в лучшем приспособлении и функционировании людей. Фрустрация возникает только тогда, когда степень неудовлетворенности выше того, что человек может вытерпеть, то есть зависит от порога терпимости, толерантности каждого человека. Порог терпимости зависит от самооценки, характера ведущих мотивов личности и темперамента (Словарь социально-психологических понятий. – Лен.издат, 1987).

Таблица 3. Уровни социальной фрустрированности

Уровень фрустрированности	Баллы
Отсутствие фрустрированности	0,0 – 0,4
Очень низкий	0,5 – 1,4
Пониженный	1,5 – 1,9
Неопределенный	2,0 – 2,4
Умеренный	2,5 – 2,9
Повышенный	3,0 – 3,4
Очень высокий	3,5 – 4,0

По сравнению с 2000 и 2001 гг., в 2002 г. значительно увеличилась доля респондентов, у которых фрустрированность отсутствует или находится на очень низком уровне. Если в 2000 г. их было 26%, в 2001 г. – 36%, то в 2002 г. – 47% населения области (рис. 10). Продолжает сокращаться удельный вес опрошенных, у которых зафиксирован пониженный, неопределенный (с 58% в 2000 г. до 42% в 2002 г.), умеренный (с 11 до 6%), повышенный и очень высокий (с 5 до 1%) уровень фрустрированности.

Рисунок 10. Динамика групп населения по уровню социальной фрустрированности в 2000 – 2001 гг. (в %)



При этом наблюдается снижение уровня фрустрированности по всем измеряемым показателям (см. прил. 1). Однако это может быть вызвано именно тем, что население стало относиться ко многим препятствиям, возникающим на пути к достижению различных жизненных целей, как к неустранимым.

Наиболее же высокие индексы по-прежнему фиксируются по таким позициям, как обстановка в обществе (государстве), личное материальное положение, сфера медицинского обслуживания. В 2002 г. индексы по этим позициям относятся к неопределенному уровню фрустрированности, в то

время как в 2000 г. они составляли 2,5 баллов и более, что соответствовало умеренной фрустрированности. В наименьшей степени неудовлетворенность, как и прежде, затрагивает сферу личных взаимоотношений населения.

С целью выявить факторы, способствующие распространению фрустрированности в региональном сообществе, рассмотрим зависимость уровня фрустрированности жителей региона от их половозрастной принадлежности, уровня образования, семейного положения, социально-экономического статуса и др. и постараемся выделить на их основе «группы риска».

Так, у женщин фрустрированность в целом выражена несколько сильнее, чем у мужчин. При анализе по возрастному признаку обнаружено, что у лиц пенсионного возраста уровень фрустрированности выше, чем у лиц среднего возраста и молодежи (табл. 4).

Таблица 4. Зависимость уровня фрустрированности от пола и возраста (в баллах)

	Мужчины	Женщины	Молодежь	Средний возраст	Пожилой возраст
Средний уровень фрустрированности, в баллах	1,3	1,4	1,2	1,3	1,4
Доля в выборке, в %	41,3	58,7	13,6	34,9	51,5

Среди вдов (вдовцов), а также холостых (незамужних) респондентов и тех, кто состоит в зарегистрированном браке, зафиксирован очень низкий уровень фрустрации. Гражданский брак и особенно развод значительно повышают вероятность фрустрации (табл. 5).

Таблица 5. Зависимость уровня фрустрированности от семейного положения (в баллах)

Уровень тревоги и депрессии	Зарегистрированный брак и проживают совместно	Зарегистрированный брак, но проживают раздельно	Гражданский брак	Разведены	Холостые (не замужем)	Вдовы (вдовцы)
Средний уровень фрустрированности, в баллах	1,4	1,3	1,5	1,8	1,3	1,0
Доля в выборке, в %	50,7	2,6	7,2	5,7	24,0	8,6

Среди городских жителей (1,4 балла) фрустрированность выше, чем среди тех, кто проживает в сельской местности (1,2 балла).

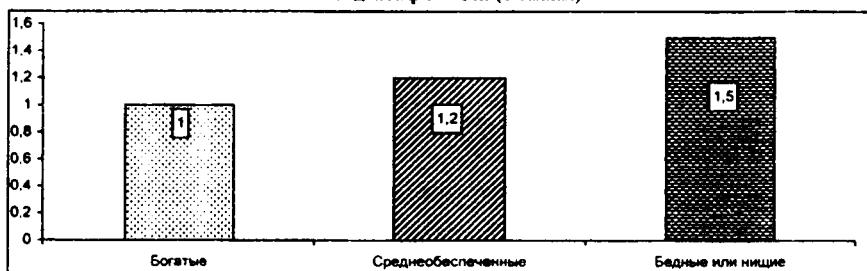
Низкий образовательный статус человека снижает вероятность наличия у него фрустрированности (табл. 6). Наиболее высокий уровень фрустрированности обнаружен среди жителей региона, имеющих среднее специальное образование (1,5 балла).

Таблица 6. Зависимость уровня фрустрированности от образовательного уровня (в баллах)

	Начальное и неполное среднее	Среднее и среднее специальное	Высшее и незаконченное высшее
Средний уровень фрустрированности, в баллах	0,9	1,4	1,3
Доля в выборке, в %	15,8	53,3	29,7

Очевидна зависимость фрустрированности населения от социально-экономического положения респондентов, их общественного статуса, а также социальной самоидентификации. У респондентов, причисляющих себя к категории «богатых» (около 2% всех опрошенных) и «людей среднего достатка» (в 2002 г. к ним себя причислили себя 42% населения), фрустрированность соответствует очень низкому уровню. И наоборот, чем более бедным считает себя человек, тем выше уровень его фрустрированности (рис. 11).

Рисунок 11. Зависимость уровня фрустрированности от социальной самоидентификации (в баллах)



Подобное же соотношение выявляется в зависимости среднего уровня фрустрированности от размера среднедушевого дохода в семьях респондентов (табл. 7).

Таблица 7. Зависимость уровня фрустрированности от размера среднедушевого дохода в семье (в %)

Уровень фрустрированности	Ниже 1 прожиточного минимума	1 – 2 прожиточных минимума	Более 2 прожиточных минимумов
Очень высокий и повышенный	50,0	41,7	8,3
Умеренный	72,9	20,3	6,8
Неопределенный и пониженный	54,8	36,1	9,1
Очень низкий и отсутствие фрустрированности	50,1	35,5	14,4
Средний уровень фрустрированности (в баллах)	1,4	1,4	1,2

Следовательно, можно сделать вывод о том, что уровень социальной фрустрированности снизился по сравнению с 2000–2001 гг. и составляет 1,4

балла (т.е. очень низкий уровень). Наиболее высокие индексы фрустрированности наблюдаются у женщин пенсионного либо среднего возраста, тех, кто находится в разводе либо проживает в гражданском браке, и тех, кто относит себя к категории «бедных» и «нищих». Нельзя вместе с тем игнорировать тот факт, что, согласно другим опросам, проведенным ВНКЦ ЦЭМИ РАН, значительная часть жителей региона считают себя бедными и нищими, вынужденными постоянно заботиться о первичных потребностях, оценивают политическую ситуацию как напряженную, критическую, взрывоопасную, опасаются пребывания на улицах вечером и днем, а также не чувствуют себя в безопасности даже дома. Все это свидетельствует о состоянии хронического стресса данное описание соответствует классическому состоянию «фрустрации». Таким образом, отметим необходимость сопоставления и дополнительного анализа полученных результатов с другими методиками исследования психического здоровья населения, например с уровнем распространенности среди населения таких пограничных психических расстройств, как невроз, тревожное расстройство, депрессивное расстройство, с целью получения наиболее полной и достоверной информации о состоянии общественной психики, общественного психического здоровья.

3.2. Психическое здоровье населения: текущее состояние и перспективы

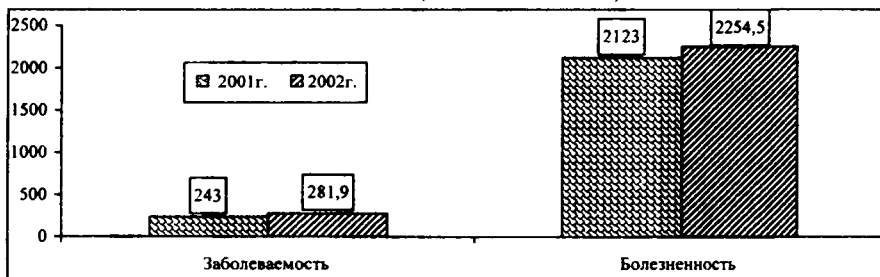
В современный период отмечаются неблагоприятные перемены в картине психического здоровья населения. Статистические данные показывают, что со времени начала социально-экономических реформ в Вологодской области произошел резкий рост смертности людей от психических расстройств: с 0,4 чел. на 100 тыс. населения в 1991 г. до 13,5 чел. в 1995 г. (по РФ – соответственно с 2,5 до 9,6 чел.). Впоследствии уровень смертности по этой причине снизился (в 2001 г., по данным Облкомстата, данный показатель был равен 4,8 случая на 100 тыс. нас.) ввиду усиления адаптационных механизмов, однако негативные тенденции в психическом состоянии населения не исчезли, они приняли, по-видимому, скрытый и затяжной характер. Об этом говорит ряд косвенных показателей: рост числа преступлений, суи-

цидов, наркомании, алкоголизма и т.д.³⁴ Общая численность больных психическими расстройствами в России – 3,97 млн человек (не считая лиц, больных наркоманией и алкоголизмом).

На 01.01.2003 г. по предварительным данным Областного бюро медицинской статистики, на конец 2002 г. 29334 человека страдали психическими расстройствами, причем 18544 – в тяжелой форме и состоят на диспансерном учете, а остальные получают консультативную помощь.

По сравнению с 2001 г. в регионе возросла (на 16%) заболеваемость (впервые обратились за помощью к специалисту 3862 жителей региона) и болезненность психическими расстройствами (на 6%; рис. 12).

Рисунок 12. Динамика заболеваемости и болезненности психическими расстройствами в 2001 – 2002 гг. (на 100 тыс. населения)



Наиболее опасная ситуация в сфере психического здоровья населения наблюдается в Сокольском, Междуреченском, Кирилловском и Сямженском районах (табл. 8).

Таблица 8. Заболеваемость и болезненность психическими расстройствами в районах Вологодской области в 2002 г. (на 100 тыс. населения).

Район	Заболеваемость в 2002 г.	Болезненность в 2002 г.
Вытегорский	321,6	3307,9
Кадуйский	276,5	3482,0
Кирилловский	342,8	3015,7
Кичм.-Городецкий	340,9	2522,8
Междуреченский	724,7	3363,3
Нюксенский	261,4	2890,8
Сокольский	577,2	3960,4
Сямженский	469,2	3226,1
Усть-Кубинский	314,0	2303,4
Шекснинский	353,2	2261,6
<i>В среднем по области</i>	<i>281,9</i>	<i>2254,5</i>

³⁴ Гулин К.А. Духовное здоровье населения Вологодской области // Народонаселение. 2000. – №4. – С.117-124.

Заболеваемость тяжелыми психическими расстройствами увеличилась в период 2001–2002 гг. с 85 до 93 случаев на 100 тыс. нас. (на 10%), а пограничными расстройствами психики – со 159 до 189 случаев на 100 тыс. нас. (на 18%; табл. 9). За указанный период отмечается незначительное снижение количества подростков, которым впервые поставлен диагноз «психическое расстройство». Доля детей, поставленных в 2002 г. на диспансерное наблюдение в связи с психозом, шизофренией, непсихотическим расстройством, умственной отсталостью составила 228 на 100 тыс. нас., что превышает аналогичный показатель в 2001 г. на 15% (197 на 100 тыс. нас.).

Таблица 9. Движение контингентов больных диспансерных и консультативных групп в 2001–2002 гг. (на 100 тыс. населения)

Показатель	Тяжелые психические расстройства (диспансерное наблюдение)			Пограничные психические расстройства (консультативная группа)		
	2001 г	2002 г.	Темпы прироста, в %	2001 г	2002 г.	Темпы прироста, в %
Взято на учет	96	103,5	107,8	187	222,8	119,1
Из них: впервые в жизни:	85	93,4	110,0	159	188,5	118,5
подростки	189	185	97,9	94	93,9	99,9
дети	197	227,8	115,6	428	426,8	99,7
Снято с учета	89	83,5	93,8	221	168,9	76,4
Состоит на конец года:	1401	1425,2	101,7	721	829,3	115,0
подростки	2833	2978,4	105,1	463	502,2	108,5
дети	1781	1842,7	103,5	1725	1977,1	114,6

Болезненность тяжелыми и пограничными психическими расстройствами возросла в 2002 г. по сравнению с 2001 г., в том числе в группах детей и подростков. Так, консультативная помощь оказана 6176 взрослым, 4266 детям и 348 подросткам. На конец 2002 г. состояли на диспансерном учете в связи с тяжелым психическим заболеванием 12504 взрослых, 3976 (один из пятидесяти) детей и 2064 (один из тридцати) подростка.

Доля лиц, снятых с учета, снизилась в 2002 г. как в диспансерной, так и в консультативной группе пациентов.

Анализируя причины постановки на учет и диспансерное наблюдение, можно сделать вывод о расширении в 2002 г. по сравнению с 2001 г. масштабов распространения психозов, умственной отсталости, непсихотических расстройств (табл. 10). Единственным диагнозом, частота постановки кото-

рого незначительно сократилась за указанный период, является шизофрения среди взрослого населения (число детей, которым впервые он поставлен, увеличилось с 1,3 до 1,4 на 100 тыс. населения). Высоким среди детей остается уровень распространения непсихотических расстройств (в 2002 г. впервые поставлен такой диагноз 236 детям).

Таблица 10. Заболеваемость и болезненность по нозологиям в диспансерной группе (на 100 тыс. нас.)

Показатель	Взято на учет		Впервые в жизни, всего		Впервые в жизни, детей		Снято с учета		Состоит на учете	
	2001 г.	2002 г.	2001 г.	2002 г.	2001 г.	2002 г.	2001 г.	2002 г.	2001 г.	2002 г.
Психозы	31	34,5	27	30,9	35	44,2	29	31,1	531	539,3
Шизофрения	11	10,5	9	8,6	1,3	1,4	12	13,6	287	284,0
Непсихотические расстройства	42	43,6	38	40,5	96	106,5	36	28,4	407	415,5
Умственная отсталость	23	25,4	20	22,0	66	77,1	24	24,0	463	470,4
Всего	96	103,5	85	93,4	197	227,8	89	83,5	1401	1425,2

Негативные показатели психического здоровья, наблюдаемые среди детей и подростков, отмечают и среди молодежи. Наиболее явно это демонстрируют результаты деятельности медицинской комиссии, дающей оценку состояния здоровья призывников. Так, по данным военного комиссара Вологодской области генерал-майора В. Варшавского, психические расстройства преобладают среди причин отнесения молодых людей к категории «не годен к военной службе» (в 2002 г. – 46,5% в данной группе) и к категории «ограниченно годен по состоянию здоровья» (23%). Среди оснований, по которым юноши «временно не годны к военной службе», болезни нервной системы и психические расстройства занимают четвертое и пятое место (10,5 и 8,3% соответственно).

Психические расстройства преобладают в структуре заболеваний, послуживших причиной:

а) предоставления отсрочек и освобождений от призыва на военную службу по состоянию здоровья (в 2000 г. – 13,7%, в 2001 г. – 18,7%, в 2002 г. – 19,5% от общего числа отсрочек и освобождений);

б) возврата призывников со сборного пункта области (12,1% от всех возвращенных с СПО);

в) возврата из войск по результатам призыва 2000-2001 годов (в 2000 г. – 14 чел., в 2001 г. – 8 чел., в 2002 г. – половина всех возвращенных).

Помимо социально-экономических проблем современного общества отрицательное влияние на качество обеспечения призыва граждан на военную службу оказывают такие факторы, как неуккомплектованность штатов военкоматов в отдельных административных территориях необходимыми специалистами (около 50%) и отсутствие у психологов и психиатров военных комиссариатов современных автоматизированных тестовых методик для выявления нервно-психической, эмоционально-волевой неустойчивости призывников, алкоголизма и наркомании.

За последние десять лет на 45,7% возросло число людей, страдающих неврозами, депрессиями и другими пограничными расстройствами психики. В рамках нашего исследования социально-психологического климата и психического здоровья региона были оценены уровни их распространения. Рассмотрим полученные результаты.

Частота проявлений неврозов³⁵ изучалась в апреле 2002 г. с помощью включенной в опрос общественного мнения экспресс-диагностики невроза. Мы выявили долю лиц, которые, в соответствии с данной методикой, имели признаки невротического расстройства (количество набранных ими баллов было выше 24). В 2002 г. их количество возросло (с 20% в 2001 г.) на треть и составило 27% от числа ответивших на вопросы методики.

Рассмотрим социальный портрет тех, кто набрал более 24 баллов. Среди мужчин их 22%, в то время как среди женщин этот показатель значительно выше – 36%. Три четверти последних находятся в пенсионном возрасте, а четверть – в среднем. Среди мужчин иная картина: 57% – относятся к возрастной группе от 30 до 60 лет, 24% – молодежь и только 19% – пенсионеры.

Семейное положение респондентов также оказывает влияние на наличие у них признаков невротического расстройства. Наибольшая доля опрошенных, набравших более 24 баллов, зафиксирована среди вдов (49%) и разведенных (39%). Наименьшее количество людей, имеющих симптомы невротического расстройства, среди холостых и незамужних (25%).

³⁵ Неврозы – (от греч. *néuron* – нерв) – патологическое (болезненное) состояние, проявляющееся комплексом телесных, вегетативных и психических расстройств, в происхождении которых значительную роль играют психотравмирующие факторы, конституционально-биологические предпосылки и невротический «импринтинг» (запечатление). Запускающим механизмом заболевания могут стать как сверхсильные острые (например, внезапная потеря близкого человека), так и более слабые, но постоянно действующие психические травмы. Предрасполагающие факторы: конституциональный; травмы, интоксикации, инфекции и др. заболевания, ослабляющие организм.

Зависимость наличия признаков невротического расстройства у жителей области от уровня образования следующая. Чем выше уровень образования, тем меньше вероятность появления данных симптомов. Так, если из числа опрошенных с начальным или неполным средним образованием признаки невротического расстройства отмечают 39%, то среди тех, кто получил среднее или среднее специальное образование, – 33%, а среди тех, кто имеет незаконченное высшее или высшее, – только 24%.

Среди сельских жителей симптомы данного расстройства распространены несколько больше (32%), чем среди городских (30%).

Показательно влияние социально-экономических факторов на наличие у жителей региона признаков невротического расстройства. Респонденты, у которых показатели невротизации превышают 24 балла, отличаются худшим материальным положением, покупательной способностью, социальной самоидентификацией по сравнению с респондентами в целом (табл. 11). В этой связи интересно то, что наиболее высокая вероятность появления невротического расстройства наблюдается среди инвалидов и безработных (50% в каждой группе набрали более 24 баллов).

Таким образом, проанализировав полученные при помощи экспресс-диагностики невроза результаты, можно отметить факт возрастания уровня невротизации по сравнению с 2001 г. Наиболее подвержены невротизации сельские жители, женщины, лица среднего и пенсионного возраста, неблагополучные в семейном отношении. Чем ниже уровень образования и личного материального положения людей, тем больше опасность возникновения у них признаков невротического расстройства.

Помимо изучения уровня невротизации, мы попробовали проследить динамику распространения среди жителей региона таких опасных явлений, как депрессия и тревожность.

Таблица 11. Зависимость уровня невротизации от социально-экономических условий жизни населения (в %)

Варианты ответов	В областной выборке	Доля имеющих признаки невротического расстройства
<i>Охарактеризуйте Ваши денежные доходы</i>		
Денег вполне достаточно, чтобы ни в чем себе не отказывать	3,2	19,1
Покупка большинства товаров длительного пользования (холодильник, телевизор) не вызывает у нас трудностей, однако покупка автомашины сейчас недоступна	8,0	14,9
Денег достаточно для приобретения необходимых продуктов и одежды, однако более крупные покупки приходится откладывать на потом	38,8	24,7
Денег хватает только на приобретение продуктов питания	37,2	36,8
Денег не хватает даже на приобретение продуктов питания, приходится влезать в долги	10,8	45,2
<i>К какой категории Вы себя относите?</i>		
Богатые	1,9	17,9
Люди среднего достатка	41,9	23,2
Бедные	36,5	38,8
Нищие	5,7	40,0
<i>Среднедушевой доход</i>		
Более двух прожиточных минимумов	7,4	18,3
От одного до двух прожиточных минимумов	22,9	29,2
Не превышает одного прожиточного минимума	36,1	36,1
Доход (в руб., на одного члена семьи)	2081	1841

Депрессия – психическое расстройство, которое может вывести человека из эмоционального равновесия на продолжительное время и значительно ухудшить качество его жизни (трудовую активность, личные отношения и т.д.). Это одно из наиболее распространенных душевных расстройств. Депрессивные расстройства в настоящее время опережают все прочие психические заболевания и занимают четвертое место в мире среди всех заболеваний. Депрессия рассматривается сегодня как общемедицинская, а отнюдь не только психиатрическая проблема. Депрессия в ее различных клинических вариантах признается сейчас лидирующей в ряде основных причин снижения трудоспособности по доле потерянных для полноценной жизни лет.

Изучение распространенности в регионе депрессивных состояний проводилось в 2002 г. с помощью новой методики – госпитальной шкалы тревоги и депрессии, которая была включена в анкеты для опроса пациентов и сотрудников поликлиники №3 г. Вологды с целью определить вероятность психосоматического характера жалоб жителей региона. Данная методика со-

стоит из 7 вопросов для оценки уровня тревоги и 7 вопросов для определения уровня депрессии.

Анализируя результаты, можно сделать следующие выводы. Лишь 62% населения региона (56% пациентов поликлиники) находятся в состоянии без тревоги и депрессии. В то же время у 35% жителей региона (37% пациентов) – субклинически выраженная тревога и депрессия, а у 3% всего населения (среди пациентов – 4%) – клинически выраженная тревога и депрессия. Таким образом, согласно полученным данным, 38% населения (41% обратившихся ко врачу) имеет уровень тревоги и депрессии, превышающий норму, причем показатели по шкале тревоги (40% населения в целом по области, 46% пациентов поликлиники №3) более негативны, чем по шкале депрессии (33 и 36% соответственно).

Рассмотрим группу тех жителей области, у которых зафиксирован, при использовании данной методики, повышенный уровень тревоги и депрессии (субклинически и клинически выраженный).

40% женщин имеют общий уровень тревоги и депрессии выше нормы. Особенно много среди них тех, кто страдает повышенной тревожностью (46%). Среди мужчин в стадии субклинически или клинически выраженной депрессии находится треть.

Что касается этих показателей в возрастном разрезе, то 43% людей среднего и пенсионного возраста испытывают состояние тревоги, превышающее норму. 40% жителей области в возрасте от 30 до 55 (60) лет имеют субклинически и клинически выраженную депрессию. Данная возрастная группа преобладает среди тех, у кого выявлен высокий общий уровень тревоги и депрессии (табл. 12).

Таблица 12. Уровень тревоги и депрессии в половозрастном разрезе
(в % ко всем респондентам в данной социальной группе)

Уровень тревоги и депрессии	Мужчины	Женщины	Молодежь	Средний возраст	Пенсионный возраст
Субклинически и клинически выраженная тревожность	32,2	46,1	21,8	43,0	43,4
Субклинически и клинически выраженная депрессия	33,1	33,0	19,8	40,3	28,9
Субклинически и клинически выраженная тревога и депрессия	33,8	40,2	19,8	44,9	37,3

Влияние семейного положения на уровень данных негативных психологических состояний выражается в следующем. Повышенный общий уро-

вень тревоги и депрессии (а также по каждой шкале отдельно) наблюдается среди вдов или вдовцов (61%), а также среди тех, кто проживает в гражданском браке (41%), и разведенных (40%; табл. 13).

Таблица 13. Уровень тревоги и депрессии в зависимости от семейного положения (в % ко всем респондентам в данной социальной группе)

Уровень тревоги и депрессии	Зарегистрированный брак и проживают совместно	Зарегистрированный брак, но проживают раздельно	Гражданский брак	Разведены	Холостые (не замужем)	Вдовы (вдовцы)
Субклинически и клинически выраженная тревожность	39,4	31,5	48,6	45,3	31,6	65,3
Субклинически и клинически выраженная депрессия	34,1	43,1	32,7	35,7	20,6	59,1
Субклинически и клинически выраженная тревога и депрессия	38,3	36,8	41,1	40,5	26,6	60,7

Социальная самоидентификация также оказывает влияние на уровень тревоги и депрессии. Самые высокие показатели наблюдаются среди «нищих» (65% их страдают повышенной тревожностью и депрессией) и «бедных» (48%; табл. 14). Характерно, что высок уровень тревоги и депрессии в таких малообеспеченных группах, как инвалиды, безработные и пенсионеры.

Таблица 14. Уровень тревоги и депрессии в зависимости от социальной самоидентификации (в % ко всем респондентам данной группы)

Уровень тревоги и депрессии	Богатые	Люди среднего достатка	Бедные	Нищие
Субклинически и клинически выраженная тревожность	7,1	31,3	52,1	68,7
Субклинически и клинически выраженная депрессия	7,1	21,9	44,1	60,7
Субклинически и клинически выраженная тревога и депрессия	7,1	26,6	48,1	64,7

Влияние личного материального состояния также весьма показательно. Среднедушевой доход в семьях респондентов с клинически выраженной тревогой и депрессией составлял 1431 руб., у имеющих субклинически выраженную тревогу и депрессию – 1750 руб., а у тех, чей уровень тревоги и депрессии в норме, – 2332 руб. В целом, 61% респондентов с признаками субклинически выраженной тревоги и депрессии и 78% тех, у кого обнаружены явные симптомы тревоги и депрессии, имеют среднедушевой доход в месяц менее одного прожиточного минимума (табл. 15).

Таблица 15. Уровень тревоги и депрессии в зависимости от размера среднедушевого дохода* (в %)

Уровень тревоги и депрессии	Ниже 1 прожиточного минимума	1-2 прожиточных минимума	Более 2 прожиточных минимумов
Отсутствие тревоги и депрессии	48,3	36,3	15,3
Субклинически выраженная тревога и депрессия	61,4	33,1	5,6
Клинически выраженная тревога и депрессия	78,1	21,9	-

* Прожиточный минимум на момент проведения социологического опроса (апрель 2002 г.) составлял 1777 руб.

На основании вышеизложенного можно заключить следующее: уровень депрессии выше среди женщин среднего и пенсионного возраста, небогатых в семейном отношении (вдов и разведенных) и малообеспеченных.

Как показывают результаты исследования, проведенного в поликлинике №3 г. Вологды, уровень тревоги и депрессии значительно выше среди людей, обратившихся за врачебной помощью. Обычно человеку (особенно при наличии сопутствующих тревоге и депрессии соматических заболеваний) легче обратиться в поликлинику, чем в специализированное учреждение, имидж которого по-прежнему остается невысоким. Учитывая вышесказанное, следует отметить, что необходима ранняя диагностика различных негативных психо-эмоциональных состояний на уровне медицинских учреждений общего профиля, а также организация своевременной социально-психологической, психотерапевтической помощи.

3.3. Социальные аномалии как показатель отклонений в психическом здоровье

Рассмотрим динамику некоторых показателей, используемых в мировой и отечественной практике в качестве индикаторов «социального фона», социально-психологического климата³⁶, таких, как суммарный уровень самоубийств и убийств, состояние психического здоровья лиц призывного возраста. Как принято считать, его динамика в целом способна отражать основные – позитивные или негативные – изменения в сфере общественной пси-

³⁶ Смилович С.Г. Самоубийства в зеркале статистики // Социс. – 1990. – № 4. – С. 74.; Гундаров И.А. Духовное неблагополучие как причина демографической катастрофы: почему умирают в России, как нам выжить? – М.: Медиа-Сфера, 1995. – С. 100.

хики и морали. Ряд авторов полагает, что с помощью этих показателей возможно выявлять степень концентрации в обществе агрессии и безысходности и даже прогнозировать динамику общей смертности на ближайшую перспективу.

В целом зарегистрировано снижение уровня суммарного показателя смертности от убийств и самоубийств, что говорит об улучшении социальной адаптированности населения. Самые высокие суммарные показатели смертности от самоубийств и убийств в регионе были зарегистрированы в 1994 г. (81,4 случая на 100 тыс. населения; рис. 17) и в 1999 г. (87,3 случая), после чего началось незначительное снижение. Так, в январе–августе 2002 г. данный показатель составил 76,4 случая на 100 тыс. нас., что ниже среднего показателя за 2001 г. – 82,3. По-видимому, немаловажную роль в колебаниях показателей смертности от убийств и самоубийств сыграли политические события, происходившие в стране.

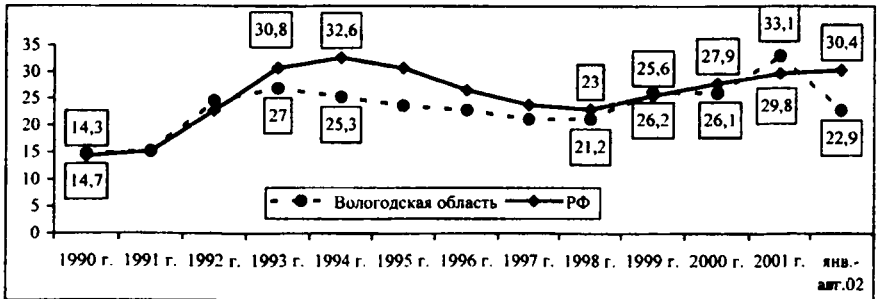
Самый высокий уровень смертности населения по причине убийств (33,1 случая на 100 тыс. чел. нас.; рис. 13) был зафиксирован в 2001 г. В 2002 г. он значительно снизился (22,9). Уровень же самоубийств в 2001 г., напротив, был ниже (48,2), чем в 2002 г. (53,5 случая на 100 тыс. человек населения).

Рисунок 13. Смертность населения Вологодской области от убийств и самоубийств (умерших на 100 тыс. населения)



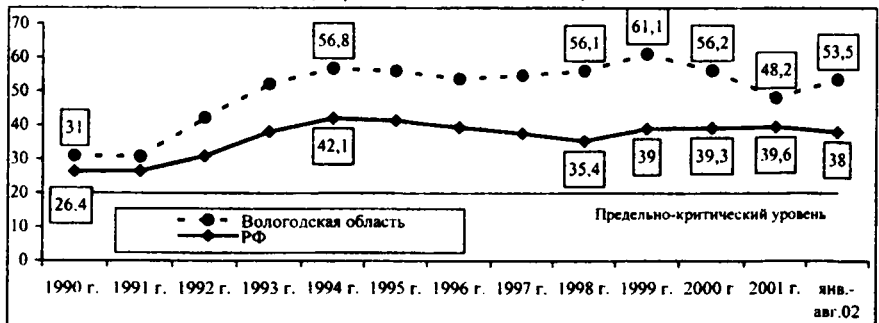
Следует отметить, что динамика уровня убийств в Вологодской области в целом соответствует общероссийским тенденциям, однако в январе–августе 2002 г. (22,9 случая) она была значительно ниже среднего уровня по России (30,4 случая на 100 тыс. нас.; рис. 14).

Рисунок 14. Смертность от убийств в России и Вологодской области (на 100 тысяч населения)



Уровень смертности жителей региона от самоубийств остается значительно выше аналогичного показателя по России на протяжении всего последнего десятилетия (причем, если в 1990 г. он составлял 118% от российского, то в 2002 г. – 141%; рис. 15), а также предельно критического уровня, принятого в мировой практике (20 случаев на 100 тыс. населения³⁷). Значительное повышение суицидальной активности, согласно представленной диаграмме, отмечалось в 1992 и 1998 гг. – то есть непосредственно следом за известными социально-политическими и социально-экономическими событиями в стране.

Рисунок 15. Смертность от самоубийств в России и Вологодской области (умерших на 100 тыс. населения)



Суицид – это чаще всего исход затяжной депрессии, причем, как свидетельствуют мировые данные, лишь у 15% лиц, совершивших суицид, психическое расстройство было выявлено до этого трагического события. Ос-

³⁷ Локосов В.В. Стабильность общества и система предельно-критических показателей его развития // Социс. – 1998. – № 4. – С. 90.

тальные же 85% остались вне поля зрения специалистов. Иначе говоря, масштабы недиагностируемых депрессий гораздо шире³⁸.

Какие же категории населения являются группой риска? Кто более склонны к суициду? По данным Вологодского областного комитета статистики³⁹, в 2001 г. среди покончивших жизнь самоубийством 86% – мужчины, 62% – жители села, 58% – люди среднего возраста (табл. 16). Среди жертв убийств также преобладали мужчины (75%) среднего возраста (67%), но жители города (77%).

Таблица 16. Смертность от самоубийств и убийств в разрезе групп населения в 2001 г. (физических лиц)

Категории		Самоубийства (691)		Убийства (370)	
		абс.	%	абс.	%
Пол	Мужской	591	86	277	75
	Женский	100	14	93	25
Территория	Город	427	62	284	77
	Село	264	38	86	23
Возраст ⁴⁰	До 30 лет	111	16	64	17
	30-60 лет	404	58	247	67
	Старше 60 лет	174	25	59	16

Следует отметить, что проблема суицида не исчерпывается числом лиц, совершивших «завершенный» суицид, то есть установленной причиной смерти которых является очевидное преднамеренное лишение себя жизни.

В проблему суицидального поведения, суицидального риска вовлечено значительное количество людей, чья смерть не увязана напрямую с самоповреждением, чьи попытки не привели к смерти, а также близкие и родственники суицидентов.

Согласно формуле экспертов ВОЗ, на «п» завершенных суицидов (в Вологодской области – 691 человек) приходится:

- 10–20 попыток (незавершенных) суицидов (в нашем регионе – в среднем $15 \times n = 10365$);

- число людей, имеющих суицидальные намерения («внутренний суицидальный дискурс») – $100 \times n$ (в Вологодской области $691 \times 100 = 69100$);

³⁸ Гулин К.А. Духовное здоровье населения Вологодской области // Народонаселение. – 2000. – №4. —С.117-124.

³⁹ Структура причин смерти населения Вологодской области в 2001 г. – Вологда, 2002.

⁴⁰ В двух случаях самоубийств и трех случаях убийств возраст не указан.

- число близких, вовлеченных в проблему, риск развития суицида среди которых также резко возрастает: $n \times 8$ (в нашем регионе – $691 \times 8 = 82920$).

Проведя несложные арифметические действия, выясняем, что не менее 162385 человек или 12,5% всего населения Вологодской области вовлечены в проблему суицида, предпринимали попытки самоубийства или обдумывали их совершение.

Серьезно настораживает тот факт, что неуклонно растут показатели алкоголизации населения региона. Разумеется, нельзя учесть количество лиц, страдающих алкоголизмом, однако количество алкогольных психозов, которые являются признаком определенной стадии развития болезни, легко установить (возросло на три четверти по сравнению с 1998 г.; рис. 16).

Острой в регионе остается и проблема наркомании. По сравнению с 1998 г. число лиц, состоящих на учете по поводу наркомании, увеличилось в 6 раз (рис. 16). В 2002 г. пролечено 514 человек, что почти в 2 раза меньше, чем в предыдущем году (1179 чел.). Зарегистрировано снижение летальных исходов от передозировки с 37 случаев в 2001 г. до 23 случаев в 2002 г.

Наибольшего распространения наркомания достигла в Шекснинском районе, где на 10 тыс. населения в 2001 г. приходилось 92,9 наркомана. Второе место занимает Череповец (89,3), третье – Вологда (58,2).

Опасность создают и высокие показатели наркомании и токсикомании среди детей. По данным областного наркологического диспансера, на учете в 2002 г. состояло 1016 детей, 37 из которых – по поводу токсикомании.

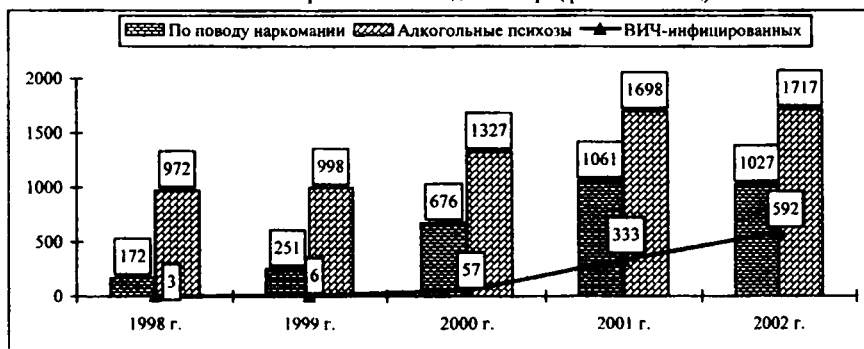
Следует учитывать также, что это официальные данные медицинской статистики, а реальные масштабы распространения наркомании значительно шире. Эксперты ВОЗ рекомендуют использовать для более объективного отражения сложившейся ситуации коэффициенты⁴¹ от 20 до 50.

Одним из негативных последствий активизации наркомании стало распространение в регионе ВИЧ-инфекции. Так, если в 1998 г. было зарегистрировано три ВИЧ-инфицированных, то в 2002 г. их число увеличилось в 200 раз (рис. 16). Это также способствует ухудшению ситуации в сфере об-

⁴¹ Об областной целевой программе «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 1999–2000 гг.». Доклад на коллегии при губернаторе Вологодской области 29 ноября 1999 г.

щественного психического здоровья, порождая негативные чувства и эмоции (страх, отчужденность, уныние, тоску).

Рисунок 16. Численность взрослого контингента, состоящего на учете в областном наркологическом диспансере (физических лиц)



Растущие показатели алкоголизации и наркотизации служат индикаторами увеличения в регионе числа девиантных, социально опасных лиц, психика которых потенциально подвержена необратимым болезненным изменениям. Эти процессы имеют под собой глубинную основу, и, в отличие от количества убийств и самоубийств, их показатели не могут быстро улучшиться при изменении социальной обстановки в позитивную сторону. Накопившийся здесь «негативный потенциал» способствует автоматическому ухудшению ситуации.

Все это, на наш взгляд, является результатом негативных последствий трансформационных процессов последнего десятилетия.

С одной стороны, в области отмечается некоторая стабилизация социально-психологического климата в 2000–2002 гг. по сравнению с 1990-ми гг.: продолжается улучшение социального настроения, упрочнение «запаса терпения» и снижение уровня фрустрированности жителей.

С другой стороны, наблюдается рост крайних проявлений социальных патологий вследствие деструктивных тенденций в психическом здоровье населения. Об актуальности проблемы говорит и значительное (в 2,6 раза) превышение уровня смертности от самоубийств над предельно-критическим уровнем, а также расширение масштабов наркомании, алкоголизации населения и эпидемии ВИЧ/СПИДа. Продолжают сохраняться серьезные проблемы: возрастание уровня тревоги, депрессии, невротизации; удельный вес

категорий населения с негативными оценками остается достаточно высоким (43% испытывают негативное настроение, 20% полагают, что «терпеть бедственное положение уже невозможно»). Весьма значительна в этой группе доля представителей социально ущемленных слоев населения: неблагополучных в семейном плане, одиноких, малообеспеченных, пенсионеров, инвалидов, безработных, низкооплачиваемых работников бюджетной сферы, сельского хозяйства и т.д. Поскольку пока ситуация еще далека от действительно стабильной, сохраняется потенциал достаточно быстрого увеличения «групп риска» за счет слоев с относительно низким социальным статусом.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что состояние общественного психического здоровья в регионе характеризуется отрицательной динамикой основных маркеров психического неблагополучия (уровень суицидальной активности, убийств, психического здоровья призывников и алкогольных психозов, наркотизации и проблема ВИЧ/СПИДа) на фоне отсутствия значимых изменений в статистических показателях заболеваемости и болезненности психическими расстройствами и противоречивых данных социологических опросов.

Итак, анализируя полученные результаты, мы можем предположить следующее:

1. Показатели медицинской статистики не в полной мере отражают истинную ситуацию в распространенности психических заболеваний в Вологодской области.

2. Интерпретация результатов социологических опросов «социального настроения», «запаса терпения», «социальной фрустрированности» нуждается в дополнительном исследовании.

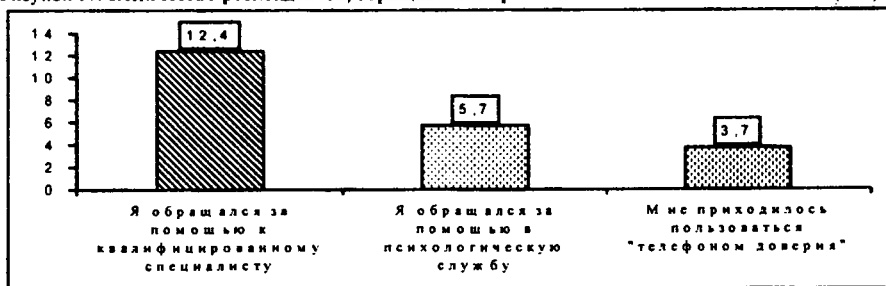
3. Полученные данные в целом свидетельствуют о неблагоприятном прогнозе в сфере общественного психического здоровья на ближайшее будущее в случае отсутствия квалифицированной и своевременной социально-психологической, психотерапевтической и психиатрической помощи широким кругам населения. Это необходимо учитывать в процессе реализации концепции «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области». При осуществлении мероприятий в рамках задачи 3.6 «Улучшение психологического климата и психического здоровья» первоочередное внимание целесообразно уделять социально незащищенным и малообеспеченным категориям населения.

4. УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ УСЛУГАМИ СФЕРЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Характеризуя состояние сферы общественной психики, мы продемонстрировали на данных социологических опросов, а также российской и областной статистики неоднозначность и напряженность ситуации. Однако, осознают ли жители Вологодской области потребность в квалифицированной помощи? Готовы ли принять ее в сложных жизненных ситуациях? С целью изучения потребности жителей региона в получении психотерапевтической, психиатрической помощи, а также в функционировании специальных служб в программе нашего исследования в 2002 г. был усилен блок вопросов, направленных на получение данной информации.

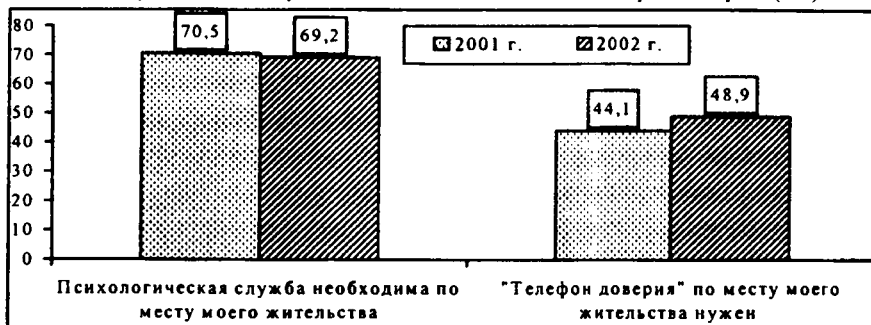
Несмотря на то, что четверть опрошенных признались в существовании затруднений и проблем, которые не могли решить из-за отсутствия квалифицированной помощи, только 12% обращались к специалисту, 6% – в специальную службу психологической поддержки и лишь 4% респондентов звонили по «телефону доверия» (рис. 17).

Рисунок 17. Количество респондентов, обращавшихся ранее за психологической помощью (в %)



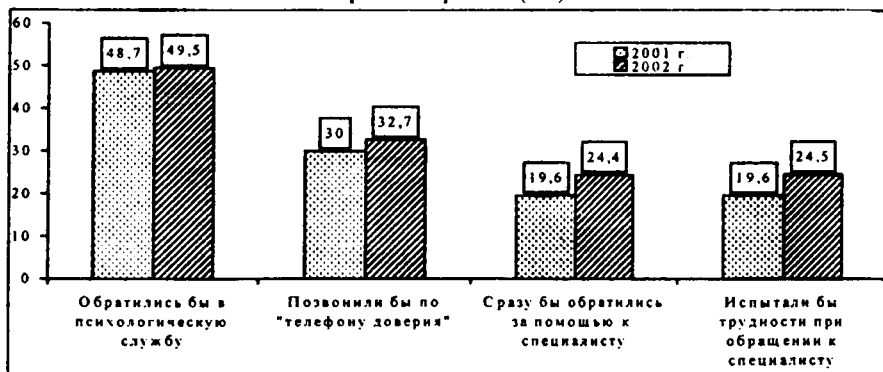
Большая часть жителей убеждена в необходимости создания и функционирования в регионе специальных психологических служб (69%) или «телефона доверия» (49%), помогающих людям решать свои проблемы и преодолевать трудности (рис. 18).

Рисунок 18. Положительные ответы респондентов на вопросы о необходимости создания по месту жительства служб психологической помощи и «телефона доверия» (в %)



В случае возникновения серьезных психологических проблем в будущем каждый второй опрошенный стал бы обращаться в такую службу, каждый третий воспользовался бы «телефоном доверия». Каждый четвертый «сразу смог бы обратиться» за помощью к квалифицированному специалисту, такая же доля опрошенных «хотели бы обратиться», но считают, что трудно это сделать, т.к. непривычно и окружающие могут неправильно понять (рис. 19).

Рисунок 19. Количество опрошенных жителей области, способных обратиться за психологической помощью в случае возникновения у них или их близких серьезных проблем (в %)



Рассмотрим группу тех респондентов, которые наиболее остро осознают необходимость квалифицированной психологической помощи населению.

Среди женщин (28%) значительно больше, чем среди мужчин (21%), удельный вес тех, кто испытывал серьезные психологические затруднения и нуждался в помощи специалистов. Практически равное количество мужчин и женщин ранее обращалось за помощью к психологу или психиатру (9%). Однако среди женщин больше тех, кто считает необходимым создание по месту жительства служб психологической помощи и «телефона доверия», а также готовых прибегнуть к их услугам (табл. 13). Пожилые чаще остальных сталкивались в жизни с серьезными психологическими проблемами (28%), поэтому ощущают более высокую потребность в помощи специалистов посредством служб и «телефона доверия» (42%) и готовы обратиться за ней в будущем в случае возникновения аналогичных проблем у них самих или их близких (47%). В то же время молодые жители области несколько чаще прибегали к помощи различных служб психологической помощи населению, чем представители других возрастных групп (10%; табл. 17).

Таблица 17. Востребованность психологической помощи жителями области в зависимости от половозрастной характеристики (в % к данной группе респондентов)

Варианты ответов	Мужчины	Женщины	Молодежь	Средний возраст	Пожилые
Испытывали серьезные психологические затруднения	21,3	27,9	16,8	23,7	28,3
Обращались за помощью к специалисту, в психологическую службу, по «телефону доверия»	8,7	9,3	10,4	7,5	9,7
Необходимы по месту жительства: психологическая служба, «телефон доверия»	38,0	42,5	38,3	39,2	42,2
Стали бы обращаться в случае возникновения психологических проблем к специалисту, в психологическую службу, по «телефону доверия»	36,7	38,3	41,6	40,3	46,6
<i>В целом по области</i>	<i>41,3</i>	<i>58,7</i>	<i>13,6</i>	<i>34,9</i>	<i>51,5</i>

Востребованность психологической помощи значительно выше среди людей, у которых на момент проведения опроса были обнаружены признаки невротического расстройства (набрали более 24 баллов по методике экспресс-диагностики невроза К. Хека и Х. Хесса), высокого, повышенного или умеренного уровня фрустрированности (набрали от 2,5 до 4 баллов по методике измерения уровня социальной фрустрированности) или признаки депрессии (набрали более 50 баллов по методике дифференциальной диагностики депрессивных состояний Зунге; табл. 18).

Таблица 18. Востребованность психологической помощи жителями области с повышенным уровнем фрустрированности, признаками невротического расстройства в целом и депрессии в частности (в % к данной группе респондентов)

Варианты ответов		Очень высокий, повышенный уровень фрустрированности	Признаки невротического расстройства	Признаки депрессии	В целом по области
Испытывали серьезные психологические затруднения		47,1	37,8	39,8	25,2
Обращались за помощью	к специалисту	17,6	17,8	23,3	12,4
	в психологическую службу	5,9	7,4	11,3	5,7
	по «телефону доверия»	-	5,2	6,0	3,7
Необходимы по месту жительства	психологическая служба	76,5	77,0	62,5	69,2
	«телефон доверия»	47,1	55,6	42,9	48,9
Стали бы обращаться в случае возникновения психологических проблем	к специалисту	41,2	58,1	56,4	48,9
	в психологическую службу	53,0	57,1	50,4	49,5
	по «телефону доверия»	29,4	40,7	25,1	32,7
<i>В целом по области</i>		<i>1,1</i>	<i>27,3</i>	<i>9,0</i>	

Треть жителей региона, относящих себя к категориям «бедных» и «нищих» (42%), утвердительно ответили на вопрос о возникавших ранее серьезных психологических проблемах, которые они не могли решить из-за отсутствия квалифицированной помощи. В то время как среди «людей среднего достатка» (42% населения) – каждый четвертый, а среди «богатых» (2% всех опрошенных) – каждый седьмой. В последней группе большее количество респондентов обращались за помощью специалистов (11%), чем в остальных. Несмотря на это, среди них наименьшая доля ощущающих необходимость создания по месту жительства служб психологической помощи или «телефона доверия» (50%). Стали бы обращаться в подобные организации 44% «бедных и нищих», однако среди других категорий этот показатель ниже (табл. 19).

Анализируя результаты опроса, можно прийти к заключению, что населением осознается высокая потребность в специальной психологической помощи со стороны квалифицированных специалистов (от трети до половины всех опрошенных) в сложных жизненных ситуациях.

Особенно высокие показатели востребованности психологической помощи наблюдаются среди женщин, пожилых людей и тех, кто на момент проведения опроса имел признаки повышенного уровня фрустрированности,

невротических расстройств, в том числе депрессии. Среди малообеспеченных жителей региона несколько больше по сравнению с другими категориями людей с серьезными психологическими затруднениями, нуждающихся в квалифицированной помощи и готовых за ней обратиться. Это следует учитывать при организации деятельности служб психологической поддержки населения.

Таблица 19. Востребованность психологической помощи жителями области в зависимости от социальной самоидентификации и среднедушевого дохода (в % к данной группе респондентов)

Варианты ответов	Богатые	Люди среднего достатка	Бедные и нищие	Средне-душевой доход
Испытывали серьезные психологические затруднения	14,3	22,5	33,2	1948,3
Обрашались за помощью к специалисту, в психологическую службу, по «телефону доверия»	10,7	6,3	10,6	2038,6
Необходимы по месту жительства: психологическая служба, «телефон доверия»	50,0	59,6	57,3	2029,8
Стали бы обращаться в случае возникновения психологических проблем к специалисту, в психологическую службу, по «телефону доверия»	40,5	42,2	44,4	1918,2
<i>В целом по области</i>	<i>1,9</i>	<i>41,9</i>	<i>42,2</i>	<i>2080,6</i>

Хотя подавляющее большинство респондентов не обращались ранее за поддержкой психологов, психотерапевтов, психиатров, значительная доля их намерены сделать это в случае возникновения серьезных психологических проблем у них или их близких в будущем. Причем удельный вес этой доли увеличился по сравнению с 2001 г.

Однако, что предлагает государство в помощь нуждающимся в социально-психологической поддержке? Имеет ли население возможность удовлетворять данную возрастающую потребность? В нашем исследовании мы попытались найти ответы на эти вопросы.

Задача 3.6 «Улучшение психологического климата и психического здоровья» концепции «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области» предусматривает реализацию таких направлений по улучшению ситуации в сфере общественного психического здоровья, как создание и развитие комплексных служб помощи людям, имеющим проблемы психической адаптации; развитие системы психологической и психотерапевтической помощи;

систематическая подготовка семейных и участковых врачей по диагностике и коррекции депрессивных состояний и пр.

Попробуем охарактеризовать существующую в регионе систему служб, оказывающих социально-психологические, психиатрические и психотерапевтические услуги. Начнем с того, что она представлена службами, подведомственными департаментам здравоохранения, образования, труда и социальной защиты Вологодской области. Вне государства в Вологодской области также существует некая система общественных организаций – отделения «Красного креста», благотворительного фонда «Хильфе» и прихода церкви Николы во Владычной слободе – и частных организаций и специалистов. Так, например, лицензию на психотерапевтическую помощь имеют 14 частнопрактикующих врачей и 3 учреждения негосударственной формы собственности, на наркологическую помощь – 2 организации и 16 частнопрактикующих врачей.

По официальной информации, департаменту труда и социальной защиты подведомственны следующие государственные учреждения, оказывающие социально-психологическую помощь: центры социальной помощи семье и детям (их в регионе 14), комплексные центры социального обслуживания (11), психоневрологические интернаты (9), социальные приюты для детей и подростков (7), дома-интернаты для престарелых и инвалидов (5), детские дома-интернаты для умственно отсталых детей (2), Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних и Центр реабилитации для детей и подростков с ограниченными возможностями.

Следует отметить, что наблюдается дефицит специалистов в данных службах, особенно психологов и психотерапевтов (укомплектована лишь четверть ставок). Лишь штат социальных работников (33 ставки) укомплектован больше нормативной потребности в два раза (14,5 ставки; табл. 20).

Таблица 20. Количество специалистов, оказывающих социально-психологическую помощь в государственных учреждениях (ставка)

Специалист	Психологи	Соц. работники	Специалисты по соц. работе	Социальные педагоги	Психиатры	Психотерапевты
Нормативная потребность (всего ставок)	138,5	14,5	121	53	40,3	2
Укомплектованные ставки	35,7	33	79	19	36,5	0,5
% укомплектованных ставок от нормативной потребности	25,8	227,6	65,3	35,8	90,6	25,0

Департамент здравоохранения курирует учреждения психиатрической, психотерапевтической и социально-психологической помощи. Это:

- в г. Вологде – областная психиатрическая больница (в структуре которой состоит психотерапевтический центр), областной наркологический диспансер, центр планирования семьи, психотерапевтический кабинет в областной больнице №1, врач-психиатр в городской больнице №1, городской поликлинике №3;
- в г. Череповце – психоневрологический диспансер, наркологический диспансер, отделение невротозов портовой больницы Водников;
- в г. Великом Устюге – психоневрологический диспансер;
- в г. Тотьме – стационар для пациентов пограничного профиля.

Согласно данным Бюро медицинской статистики департамента здравоохранения, обеспеченность врачами-психиатрами в 2001 г. – самая высокая за последние годы (1 специалист на 10 тыс. нас.). Количество психотерапевтов начиная с 1998 г. остается постоянным (0,1 специалиста на 10 тыс. нас.). Обеспеченность психиатрами-наркологами на 2001 г. составила 0,4 специалиста на 10 тыс. нас. (табл. 21).

Таблица 21. Обеспеченность кадрами врачей (на 10 тыс. чел. населения)

	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.
Психиатры	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0
Психотерапевты	0,04	0,04	-	0,1	0,1	0,1	0,1
Психиатры-наркологи	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,4	0,4

Число коек в детских и взрослых психоневрологических диспансерах сократилось (с 1980 ед. в 1995 г. до 1645 ед. в 2001 г.). Число дней работы койки в год во взрослых диспансерах осталось стабильным, в детских же – возросло (с 254 дней в 1995 г. до 311 дней в 2001 г.). Самый высокий за последние годы уровень госпитализации зарегистрирован в 2001 г.: в детских психоневрологических диспансерах – 0,4 чел. на 100 больных данного профиля, а во взрослых – 0,9 чел. на 100 больных (табл. 22).

В ведении департамента образования находятся социальные педагоги и педагоги-психологи, которые оказывают психологическую помощь детям и молодежи в государственных образовательных учреждениях области (табл. 23). Согласно полученным данным, один педагог-психолог приходит-

ся на 7 дошкольных учреждений, 5 общеобразовательных школ, 3 школы-интерната, 2 детских дома, 5 учреждений дополнительного образования, 2 учреждения профессиональной подготовки. Один социальный педагог – на 17 дошкольных учреждений, 4 школы, 1,3 школы-интерната и детского дома, 14 учреждений дополнительного образования.

Таблица 22. Функционирование койки в стационарах Вологодской области

Число коек в стационарах							
Диспансеры	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.
Психоневрологические взрослые	1890	1890	1835	1790	1530	1547	1545
Психоневрологические детские	90	90	120	115	115	98	100
Число дней работы койки в году							
Психоневрологические взрослые	332	327	296	311	329	335	333
Психоневрологические детские	254	277	263	227	266	316	311
Уровень госпитализации (госпитализированных человек на 100 человек больных)							
Психоневрологические взрослые	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9
Психоневрологические детские	0,03	0,04	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4
Обеспеченность (коек на 100 тыс. населения)							
Психоневрологические взрослые	14,0	14,1	13,7	13,4	11,5	11,7	11,8
Психоневрологические детские	0,6	0,6	0,9	4,4	4,6	4,1	4,4

Таблица 23. Перечень учреждений сферы образования и специалистов, оказывающих социально-психологическую помощь

Образовательные учреждения	Количество учреждений	Количество педагогов-психологов	Количество социальных педагогов
Дошкольные	648	93	39
Общеобразовательные школы	764	146	173
Школы-интернаты (в т.ч. коррекционные)	29	10	22
Детские дома	34	19	26
Дополнительного образования	82	18	6
Профессиональной подготовки (училища, техникумы, лицей, колледжи)	48	22	
Специальные школы для детей с нарушением поведения	2	2	6
ИТОГО:	1607	310	272

Наиболее актуальна проблема дефицита кадров в районах области. В Сямженском, Нюксенском и Междуреченском районах отмечено отсутствие в образовательных учреждениях социальных педагогов и педагогов-психологов. Штаты социальных педагогов полностью не укомплектованы

также в Вожегодском и Усть-Кубинском районах. В Сямженском и Белозерском районах нет психиатров, несмотря на то, что на базе каждой ЦРБ должен быть кабинет психиатрического приема. Следует выделить, что Сямженский район испытывает острый недостаток кадров, оказывающих социально-психологическую помощь.

Анализируя данные, обобщенные нами в приложении 2, можно сделать вывод о многообразии служб государственного сектора, оказывающих социально-психологические, психотерапевтические, психиатрические услуги населению Вологодской области. Однако очевидны разрозненность в их деятельности в связи с подведомственностью различным структурам и дефицит некоторых специалистов.

В будущем планируется проводить дальнейший мониторинг востребованности социально-психологической помощи, а также более подробно изучить систему служб по ее оказанию: их структуру, виды и формы предоставляемых услуг, степень эффективности деятельности и возможности совершенствования с учетом потребностей населения.

5. НАПРАВЛЕНИЯ УЛУЧШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Учитывая актуальность проблемы психического здоровья для всего мира, генеральный директор Всемирной организации здравоохранения Г.Х. Брундтланд в 1999 г. поставила перед медицинскими работниками, руководящими органами здравоохранения, медицинской наукой, политическими кругами, разработчиками стратегических программ в области здравоохранения серьезную задачу – повысить внимание к проблемам психического здоровья. При этом недостаточно просто поддерживать психическое здоровье, необходимо предвидеть будущие тенденции и вооружать людей знаниями и навыками, которые помогут справляться с жизненными проблемами.

Анализируя результаты исследований, подтвердивших значительное воздействие на психические состояния населения негативных социальных факторов, а также возможности реализации предложенных направлений по охране психического здоровья населения Вологодской области, можно сделать вывод о необходимости комплексного межсекторального подхода для достижения поставленных целей. Его реализация должна проходить в рамках общей стратегии развития региона. В настоящее время в Вологодской области осуществляются первые шаги по формированию такого подхода к проблеме общественного психического здоровья населения.

Одним из таких шагов является проведенная в ноябре 2002 года межведомственная региональная конференция «Психическое здоровье населения как неотъемлемая часть социальной политики». В конференции приняли участие первые руководители исполнительной, законодательной власти, администрации муниципальных образований, руководители и ведущие специалисты различных учреждений и ведомств. В резолюцию конференции включено решение о формировании рабочей группы для разработки программы охраны психического здоровья населения Вологодской области. Ежегодным отчетом рабочей группы будет выступать областная конференция. В качестве основы для создания всеобъемлющей программы принята концепция охраны психического здоровья населения, предложенная департаментом здравоохранения, в которую входят следующие положения:

1. Выработка региональной межведомственной программы охраны психического здоровья населения, ориентированной не только на больного, но и на здорового человека, предусматривающей выявление факторов риска, комплексную оценку функционального состояния индивидуума, профилактику, раннюю диагностику и эффективную коррекцию предболезненных состояний. Разработка и проведение исследования качества жизни различных групп населения и внедрение данного показателя в качестве оценки эффективности всех программ.

2. Формирование действенных механизмов (законодательных и экономических) по реализации положений Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании, а также законодательной базы, обеспечивающей заинтересованность государства, хозяйственных субъектов, общества и отдельного гражданина в сохранении психического здоровья и работоспособности каждого человека.

3. Создание положительного имиджа службы охраны психического здоровья и работающих в ней специалистов посредством целенаправленной работы средств массовой информации, приведение материально-технической базы психиатрических и психоневрологических учреждений в отвечающее современным требованиям состояние.

4. Реформирование (деинституциализация) служб психического здоровья через интеграцию с общемедицинскими учреждениями.

5. Организация разветвленной сети постоянно действующих межведомственных проектов – центров восстановления психического здоровья, обеспечивающих многоступенчатую медицинскую, трудовую, социальную и психологическую реабилитацию с целью восстановления или использования остаточной работоспособности каждого человека.

В ходе разработки программы охраны психического здоровья населения рабочей группе необходимо ответить на следующие вопросы:

1. Кому необходима помощь?

А. Определение обслуживаемого контингента:

- 1) мировые исследования – эпидемиология психических расстройств;
- 2) статистический анализ показателей по региону;
- 3) социологические исследования.

Б. Определение ресурсов, имеющихся в регионе.

2. *Какая необходима помощь?*

А. Составление перечня видов программ специализированной психиатрической помощи.

Б. Разработка и уточнение организационно-правовых, клинических и нормативных стандартов для каждого вида (программы), включая:

- 1) критерии диагностики;
- 2) критерии «социального риска»;
- 3) методы исследования;
- 4) методы лечения;
- 5) функциональные обязанности персонала;
- 6) рекомендуемая продолжительность программы;
- 7) критерии отмены лечения (смены программы).

3. *Объем необходимой помощи.*

А. Анализ и расчет потребности в каждой из разработанных программ, исходя из:

- 1) сведений о контингентах, нуждающихся в специализированной помощи;
- 2) клинических стандартов.

4. *Определение затрат на запланированные объемы.*

5. *Контроль качества, обоснованности и критерии эффективности.*

А. Создание системы оценки результатов.

Б. Разработка критериев (эксплуатационных характеристик) для каждой программы, включая:

- 1) доступность (своевременность);
- 2) целесообразность включения в данный вид программы;
- 3) результат применения (индивидуальный и общий);
- 4) наличие и общее число нежелательных последствий;
- 5) затраты;
- 6) жалобы со стороны пациента и родственников;
- 7) удовлетворенность лечением;
- 8) исследования качества жизни пациентов.

Создание всеобъемлющей программы охраны психического здоровья населения на основании указанных рекомендаций должно способствовать сокращению масштабов и темпов распространения психических рас-

стройств, наркомании, суицидального поведения, снижению алкоголизации населения, а также улучшению социально-психологического климата в регионе. Все это приведет к снижению социально-экономического ущерба, наносимого обществу низким уровнем психического здоровья индивидов.

Ситуация, кроме того, требует проведения мероприятий по развитию в Вологодской области системы массовой психологической помощи населению. Результаты исследования показывают, что примерно 20 – 25% жителей региона испытывают те или иные негативные психические состояния. Прежде всего, это представители социально ущемленных групп населения: неблагополучные в семейном плане, одинокие, малообеспеченные, пенсионеры, безработные, работники бюджетной сферы и т.д. Это обуславливает необходимость адресного, углубленного подхода к профилактике психических заболеваний, организации психологической и психиатрической помощи названным группам населения.

Характерно, что около 25% всех опрошенных отметили наличие у себя в прошлом серьезных психологических затруднений и проблем, которые они не могли решить из-за отсутствия квалифицированной помощи. Около 70% респондентов выразили желание, чтобы по месту их жительства существовала специальная психологическая служба, помогающая людям решать свои проблемы. Половина респондентов обратилась бы в такую психологическую службу, если бы возникла необходимость.

Востребованным в регионе остается и «телефон доверия». Доля тех, кто считает, что он нужен по месту их жительства, составила в 2002 г. около половины всех опрошенных. Треть респондентов стали бы звонить по этому телефону в случае возникновения у них или их близких психологических проблем. На наш взгляд, в ближайшей перспективе следует развивать и совершенствовать региональную сеть «телефонов доверия». Для этого целесообразно: организовать работу имеющихся в области «телефонов доверия» по принципу постоянной доступности (ежедневная и круглосуточная помощь); повышать информированность жителей области о наличии этой формы психологической помощи, ее возможностях и эффективности; обеспечить «телефоны доверия» хорошо запоминающимися номерами; желательно открыть «телефоны доверия» во всех районных центрах области.

Очевидно, в целях обеспечения доступности и своевременности специализированной помощи, необходимо провести расчеты необходимых ре-

сурсов (прежде всего – специалистов) и обеспечить создание психотерапевтических, психологических кабинетов, отделений, кризисных центров, «телефонов доверия» и т.д. Актуальным было бы повышение компетенции врачей общей практики и специалистов в вопросах суицидального поведения с целью наиболее ранней его диагностики и профилактики, а также учреждение должности врача-суицидолога внутри психиатрического профильного учреждения.

С целью углубленного анализа экономического ущерба, наносимого обществу воздействием таких факторов, как неблагоприятный психологический климат и неудовлетворительное состояние психического здоровья населения региона, важно разработать (в рамках рабочих групп в составе специалистов департамента здравоохранения, ВНКЦ ЦЭМИ РАН, с привлечением российских и, возможно, зарубежных экспертов) методику анализа экономических и социальных потерь. Необходимо осуществлять регулярный мониторинг на ее основе (есть вероятность использования существующих в мире различных методик анализа экономического ущерба от депрессии, шизофрении и др.).

Для охраны и укрепления психического здоровья населения следует развивать систему продуманного психогигиенического воспитания и просвещения. Его задача – дать людям базовые знания о их психологических возможностях, механизмах психических процессов, проблемах психического здоровья и роли психолого-консультационной и психиатрической помощи в их решении. В рамках системы просвещения необходимо развивать навыки самостоятельного преодоления психологических проблем (с помощью ауто-тренинга, антистрессовой релаксации и пр.). Реализация этой задачи возможна с помощью выпуска специальных информационных листов в поликлиниках и больницах, регулярных публикаций (1–2 раза в месяц) в областной и местной прессе, специальных передач на областном телевидении и радио (1–2 раза в квартал); проведения специальных занятий по психогигиеническому воспитанию и просвещению в учебных заведениях региона.

Сложность ситуации в сфере общественного психического здоровья в регионе делает актуальной выработку направлений ее улучшения. Учитывая большое влияние социально-экономических факторов на данную ситуацию, к наиболее общим направлениям ее стабилизации можно отнести следующие:

1. Обеспечение на региональном уровне стабильного роста реальных доходов населения, сокращение на этой основе доли жителей области с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума до 10% ⁴².

2. Повышение уровня занятости, снижение уровня общей безработицы.

3. Развитие системы адресной социальной помощи социально незащищенным слоям населения региона за счет перераспределения социальных льгот от высокодоходных слоев населения в пользу низкодоходных (на основе методики экспертных оценок); повышение вследствие этого качества социальной помощи, оказываемой социально незащищенным слоям населения региона: пенсионерам, инвалидам, малоимущим семьям и т.п.

3. Обеспечение социально-политической стабильности.

4. Понижение криминализации общества. Активизация срочных мер по борьбе с противоправным поведением, в том числе с незаконным оборотом наркотических средств.

Реализация этих направлений позволила бы ограничить отрицательное воздействие на общественное психическое здоровье негативных социальных факторов и создать более широкие возможности для повышения социальной адаптации населения, самореализации, удовлетворения материальных и духовных потребностей.

⁴² В мировой практике установлено предельно-критическое значение доли населения, живущего за чертой бедности, превышение которого способствует социальной дезадаптации и деградации. Оно составляет 10%. См.: Осипов Г. Новый этап реформирования России: от грозящей катастрофы к процветанию // Общество и экономика. – 1999. – № 3–4. – С. 65.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ отдельных аспектов ситуации, сложившейся в сфере общественного психического здоровья в Вологодской области на рубеже веков, свидетельствует о крайне неблагоприятном психологическом климате и психическом здоровье жителей. Мы убедились, что данная проблема, ставшая актуальной во всем мире и в России, является не менее острой и для нашего региона. На наш взгляд, это – результат трансформационных процессов последнего десятилетия. Наблюдается рост крайних социальных патологий вследствие деструктивных тенденций в психическом здоровье населения.

В то же время имеющиеся в распоряжении исследователей статистические данные – лишь вершина айсберга, а основная его часть оказывается за рамками учета. Все это требует усиленного внимания управленческих структур, органов здравоохранения, общества в целом. Длительность процессов социальной трансформации позволяет предполагать, что в ближайшей перспективе обозначенные негативные явления в сфере общественного психического здоровья усилятся. В связи с этим необходимы организация комплексного учета и контроля состояния социально-психологического климата и психического здоровья населения, а также принятие срочных мер по их улучшению на региональном уровне. В основу комплексного межсекторального подхода к решению данной проблемы должно быть заложено представление о том, что психическое здоровье – проблема не узкого круга специалистов (психологов, психотерапевтов, психиатров), но и управленцев, экономистов, социологов и представителей других сфер. Только это может дать ощутимые результаты и необходимый эффект.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Индексы социальной фрустрированности населения Вологодской области
в 2000–2002 гг. (в баллах)

Сфера жизнедеятельности	Среднее значение			Уровень фрустрированности в 2002 г.
	2000 г.	2001 г.	2002 г.	
Отношения с родителями	1,3	1,0	0,7	Очень низкий (0,5 – 1,4 балла)
Отношения с друзьями, ближайшими знакомыми	1,0	0,8	0,8	
Отношения с ребенком (детьми)	1,1	1,0	0,8	
Отношения с коллегами по работе	1,2	1,0	0,9	
Отношения с супругом (супругой)	1,4	1,4	0,9	
Отношения с субъектами своей профессиональной деятельности (клиентами, пациентами, покупателями, учениками и пр.)	1,5	1,3	1,0	
Условия профессиональной деятельности (учебы)	2,0	1,6	1,1	
Отношения с администрацией на работе	1,6	1,4	1,2	
Содержание работы в целом	1,6	1,6	1,2	
Образование	1,7	1,6	1,4	
Положение в обществе	1,9	1,7	1,4	Пониженный (1,5 – 1,9 балла)
Повседневное проведение отдыха, досуга	2,1	1,9	1,5	
Возможность выбора места работы	2,6	2,2	1,5	
Образ жизни в целом	2,0	1,8	1,6	
Жилищно-бытовые условия	2,2	1,9	1,7	
Возможность проводить отпуск	2,5	2,2	1,7	
Сфера услуг и бытового обслуживания	2,3	2,2	1,9	Неопределенный (2,0 – 2,5 балла)
Сфера медицинского обслуживания	2,5	2,2	2,1	
Материальное положение	2,8	2,5	2,1	
Обстановка в обществе (государстве)	2,6	2,6	2,2	
Общий уровень фрустрированности	1,9	1,7	1,4	Очень низкий

Приложение 2. Перечень государственных учреждений, оказывающих социально-психологическую, психотерапевтическую, психиатрическую помощь населению Вологодской области.

Департамент труда и социальной защиты		Департамент здравоохранения		Департамент образования	
Учреждения	Специалисты	Учреждения	Специалисты	Учреждения	Специалисты
г. Вологда					
Вологодский психоневрологический интернат №1	2 психолога 4 соц. работника 11 психиатров	Областная психиатрическая больница (психотерапевтический центр)	85 психиатров 1 психотерапевт 57 психологов 3 нарколога	Общеобразовательные учреждения: городские областные	68 соц. педагогов 75 пед.-психологов 56 соц. педагогов 76 пед.-психол.
Вологодский психоневрологический интернат №2	1 психиатр	Центр планирования семьи	1 психотерапевт 4 психолога		
Октябрьский дом-интернат для престарелых и инвалидов	1,25 психолога 3,5 соц. работника 2,5 спец. по соц. работе 1,5 психиатра	Областной наркологический диспансер (наркологический стационар)	9 психологов 4,75 спец. по соц. работе 5 соц. работников 30,5 нарколога	Центр психолого-медико-социального сопровождения	4,5 пед.-психолога 2 соц. педагога 2 психотерапевта
Вологодское межрайонное бюро МСЭ №1		Психотерапевтический кабинет в областной больнице №1	1 психотерапевт		
Вологодское межрайонное бюро МСЭ №2	0,5 спец. по соц. работе	Городская больница №1	1 психиатр		
Офтальмологическое бюро МСЭ	1 реабилитолог	Поликлиника городской больницы №3	0,5 психиатра		
Психиатрическое бюро МСЭ	3 психиатра				
Кардиологическое бюро МСЭ	-				

Департамент труда и социальной защиты		Департамент здравоохранения		Департамент образования	
Фтизио-травматологическое бюро МСЭ	-				
Психиатрическое бюро МСЭ	1 психолог 1 спец. по соц. работе				
Главное бюро МСЭ №1 и №2	1 психол.				
Прилуцкий специальный дом-интернат для престарелых и инвалидов	-				
Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних	3 психолога 9 соц. работников 4,5 спец. по соц. работе 4 соц. педагога 0,5 психотерапевта				
Территориальный центр социальной помощи семье и детям	4 психолога 31 спец. по соц. работе 3 соц. педагога				
г. Череповец					
Череповецкий дом-интернат для престарелых и инвалидов	1 психолог 1 соц. работник 0,5 психиатра 0,5 нарколога	Психоневрологический диспансер	30 психиатров 13 психологов 0,5 психотерапевта	Общеобразовательные учреждения	70 соц. педагогов 95 педагогов-психологов
Череповецкий психоневрологический интернат	1 психолог 4 соц. работника 2,75 психиатра	Наркологический диспансер	11,25 психолога 1 спец. по соц. работе 10,5 соц. работе 22,25 нарколога	Центр психолого-медико-социального сопровождения	4 пед.-психолога 2,5 психиатра

Департамент труда и социальной защиты		Департамент здравоохранения		Департамент образования	
Череповецкое бюро МСЭ №1	1 психолог	Отделение неврозов портовой больницы Водников	4 психиатра 1 психолог		
Череповецкое бюро МСЭ №2	0,5 психолога				
Первомайский психоневрологический интернат	1,5 психолога 2 соц. работника 1,5 соц. педагога 2,25 психиатра				
Центр социальной помощи семье и детям	1 психолог 7 спец. по соц. работе				
Центр реабилитации для детей и подростков с ограниченными возможностями	2 психолога 3 спец. по соц. работе 1 соц. педагог				
Центр социального обслуживания	—				
Телефон доверия	1 психолог				
г. Великий Устюг					
Красавинский дом-интернат для престарелых и инвалидов	—	Наркологический кабинет	1 психиатр-нарколог	Общеобразовательные учреждения	17 соц. педагогов 12 педагогов-психологов
Великоустюгское бюро МСЭ	1 спец. по соц. работе	Психоневрологический диспансер	4 психиатра 1 психотерапевт 1,5 психотлога		
Центр социальной помощи семье и детям	1 психолог 1 спец. по соц. работе			Центр психолого-медицинского сопровождения	2 психолога
г. Сокол					
Кадниковский детский дом-интернат для умственно-отсталых детей	1,5 соц. педагога 0,5 психиатра	Кабинет психиатрического приема на базе ЦРБ	2 психиатра	Общеобразовательные учреждения	2 соц. педагога 7 лед.-психологов
Сокольское бюро МСЭ	—	Кабинет психотерапевтического приема при ЦРБ	1 психотерапевт		

Департамент труда и социальной защиты		Департамент здравоохранения		Департамент образования	
Сокольский детский дом-интернат для престарелых и инвалидов	2 соц. педагога 1 психиатр	Наркологический кабинет	1 психиатр-нарколог		
Кадниковский социальный приют для несовершеннолетних детей	2 психолога 4 спец. по соц. работе 2 соц. педагога 1 психиатр				
Центр социальной помощи семье и детям	1 психолог 4 спец. по соц. работе				
Комплексный центр социального обслуживания населения	-				
Белозерский район					
Центр социальной помощи семье и детям	1 психолог 1 спец. по соц. работе 1 соц. педагог	Кабинет психиатрического приема на базе ЦРБ	-	Общеобразовательные учреждения	5 соц. педагогов 5 пед.-психологов
Комплексный центр социального обслуживания населения	1 психолог	Наркологический кабинет	1 нарколог (фельдшер)		
Социальный приют для детей и подростков	1 психолог 7 спец. по соц. работе 4 соц. педагога				
Бабаевский район					
Бабаевское бюро МСЭ	-	Кабинет психиатрического приема на базе ЦРБ	1,75 психиатра	Общеобразовательные учреждения	4 соц. педагога 4 пед.-психолога
		Кабинет психотерапевтического приема при ЦРБ	1 психотерапевт		
		Наркологический кабинет	1 нарколог		
Верховажский район					
Центр социальной помощи семье и детям	1 спец. по соц. работе 1 соц. педагог	Кабинет психиатрического приема на базе ЦРБ	-	Общеобразовательные учреждения	9 соц. педагогов 1 пед.-психолог

Департамент труда и социальной защиты		Департамент здравоохранения		Департамент образования	
Комплексный центр социального обслуживания населения	--	Наркологический кабинет	1 нарколог (фельдшер)		
Вожегодский район					
Комплексный центр социального обслуживания	1 психолог	Кабинет психиатрического приема на базе ЦРБ	1 психиатр	Общеобразовательные учреждения	1 пед.-психолог
		Наркологический кабинет	1 психиатр-нарколог		
Вологодский район					
Монсейковский психоневрологический интернат	5,5 соц. работника 12 психиатров			Общеобразовательные учреждения	19 соц. педагогов 8 пед.-психологов
Вытегорский район					
Центр социальной помощи семье и детям	1 психолог	Кабинет психиатрического приема на базе ЦРБ	1 психиатр	Общеобразовательные учреждения	2 соц. педагога 3 пед.-психолога
Центр социального обслуживания населения	1 психолог	Наркологический кабинет	1 психиатр-нарколог		
Грязовецкий район					
Центр социальной помощи семье и детям	6 спец. по соц. работе	Кабинет психиатрического приема на базе ЦРБ	0,5 психиатра	Общеобразовательные учреждения	5 соц. педагогов 5 пед.-психологов
Центр социального обслуживания населения	1 психолог	Наркологический кабинет	1 нарколог-(фельдшер)		
Кадуйский район					
Центр социальной помощи семье и детям	-	Кабинет психиатрического приема на базе ЦРБ	1 психиатр	Общеобразовательные учреждения	5 соц. педагогов 3 пед.-психолога
		Наркологический кабинет	1 психиатр-нарколог		
Кирилловский район					
Вогнемский психоневрологический интернат	2 соц. работника	Кабинет психиатрического приема на базе ЦРБ	-	Общеобразовательные учреждения	4 соц. педагога 1 пед.-психолога

Департамент труда и социальной защиты		Департамент здравоохранения		Департамент образования	
Пустынский психоневрологический интернат	2 соц. работника 1 психиатр	Наркологический кабинет	1 нарколог (фельдшер)		
Кичм.-Городецкий район					
Социальный приют для детей и подростков	1 соц. педагог	Кабинет психиатрического приема на базе ЦРБ	1 психиатр	Общеобразовательные учреждения	2 соц. педагога 2 пед.-психол.
Комплексный центр социального обслуживания населения	1 психолог	Наркологический кабинет	1 психиатр-нарколог		
Междуреченский район					
Центр социально помощи семье и детям	1 спец. по соц. работе	Кабинет психиатрического приема на базе ЦРБ	-	Общеобразовательные учреждения	-
		Наркологический кабинет	1 нарколог (фельдшер)		
Никольский район					
Никольский психоневрологический интернат	-	Кабинет психиатрического приема на базе ЦРБ	0,5 психиатра	Общеобразовательные учреждения	3 соц. педагога 1 пед.-психолог
Центр социальной помощи семье и детям	1 соц. педагог				
социальный приют для детей и подростков	1 спец. по соц. работе				
Тарногский район					
Социальный приют для детей и подростков	1 психолог	Кабинет психиатрического приема на базе ЦРБ	0,75 психиатра	Общеобразовательные учреждения	2 соц. педагога 4 пед.-психолога
			1 нарколог (фельдшер)		
Тотемский район					
Комплексный центр социального обслуживания населения	1 психолог 1 спец. по соц. работе	Кабинет психиатрического приема на базе ЦРБ	2,25 психиатра	Общеобразовательные учреждения	8 соц. педагогов 9 пед.-психологов
Тотемское бюро МСЭ	-	Наркологический кабинет	1 нарколог	Центр психолого-медико-социального сопровождения	2 психолога 1 психиатр
		Стационар для пациентов пограничного профиля	-		

Департамент труда и социальной защиты		Департамент здравоохранения		Департамент образования	
Усть-Кубинский район					
Центр социальной помощи семье и детям	1 психолог 1 спец. по соц. работе	Кабинет психиатрического приема на базе ЦРБ	0,5 психиатра	Общеобразовательные учреждения	2 пед.-психолога
Комплексный центр социального обслуживания населения	1 психолог 1 спец. по соц. работе	Наркологический кабинет	1 нарколог		
Устюженский район					
Центр социальной помощи семье и детям	3 спец. по соц. работе	Кабинет психиатрического приема на базе ЦРБ	1 психиатр	Общеобразовательные учреждения	5 соц. педагогов 6 пед.-психологов
Устюженский психоневрологический интернат	1,5 психиатра	Наркологический кабинет	1 психиатр-нарколог		
Комплексный центр социального обслуживания населения	1 психолог				
Харовский район					
Центр социальной помощи семье и детям	-	Кабинет психиатрического приема на базе ЦРБ	1 психиатр	Общеобразовательные учреждения	5 соц. педагогов 2 пед.-психолога
		Наркологический кабинет	1 нарколог		
Череповецкий район					
Ивановский детский дом-интернат для умственно-отсталых детей	0,5 психиатра	Кабинет психиатрического приема на базе ЦРБ	1 психиатр	Общеобразовательные учреждения	11 соц. педагогов 2 пед.-психолога
Социальный приют для детей и подростков	-				
Шекснинский район					
		Кабинет психиатрического приема на базе ЦРБ	1 психиатр	Общеобразовательные учреждения	6 соц. педагогов 6 пед.-психологов
		Наркологический кабинет	1 психиатр-нарколог		
Чагодощенский район					
		Кабинет психиатрического приема на базе ЦРБ	1 психиатр	Общеобразовательные учреждения	4 соц. педагога 4 пед.-психолога
		Наркологический кабинет	1 психиатр-нарколог		

Научное издание

Проблемы психического здоровья населения

**Гулин Константин Анатольевич
Фалалеева Ольга Игоревна
Ослопова Юлия Евгеньевна**

Научные редакторы

В.А. Ильин

А.А. Колинко

Технический редактор

Т.А. Табунова

Редакционная подготовка

Л.Н. Воронина

Компьютерная верстка

Ю.Е. Ослопова

Оформление обложки

Н.В. Родионова

Подписано в печать 13.03.03.

Формат бумаги 60x84 1/16. Бумага офсетная.

Усл. печ. л. 3,9. Тираж 500 экз. Заказ № 51.

160014, г. Вологда, ул. Горького, 56а, ВНКЦ ЦЭМИ РАН,
тел. 24-42-26, e-mail: common@vsscc.ac.ru
